



124

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

مرض القلق

تأليف: د. دافيد شيهان

ترجمة: د. عزت شعلان

مراجعة: د. احمد عبدالعزيز سلامة



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

124

مرض القلق

تأليف: د. داڤيد شيهان

ترجمة: د. عزت شعلان

مراجعة: د. احمد عبدالعزيز سلامة



المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتوى

المحتوى
المحتوى
المحتوى

المحتوى

المحتوى

المحتوى

مقدمه المترجم

ظهرت الطبعة الأولى لهذا الكتاب في نهاية عام 1983، ثم تكررت طبعاته حتى بلغت جميعا سبع طبعات. وكانت آخر طبعاته في عام 1986. ولعل ذلك يدل على ما لاقاه الكتاب من رواج يستأهله بين القراء نظرا لأهمية موضوعه وطرافة الأسلوب في تناوله مع الاحتفاظ بالروح العلمية في عرض جوانبه المختلفة، ومتابعة الجديد في أساليب علاجه، ولعل المؤلف يتميز فيه بنظريته التي تلم شتات الأطراف في الموضوع على نسق متكامل يزيد في وضوح الرؤية لمرض عجيب تتعدد أعراضه ومظاهره. وكان ذلك من أسباب الاختلاف في تسميته وطرائق علاجه إلى عهد قريب.

ومؤلف الكتاب الدكتور دافيد. ف. شيهان David V. Sheehan طبيب عمل مديرا لأبحاث القلق في قسم الطب النفسي Psychiatry في المستشفى العام لولاية ماساتشوستس Massachusetts بالولايات المتحدة الأمريكية. وكان من قبل مدرسا للطب النفسي بكلية الطب في جامعة هارفارد. وهو الآن مدير الأبحاث الإكلينيكية وأستاذ الطب النفسي في كلية الطب بجامعة جنوب فلوريدا في مدينة تامبا، وهو من الخبراء المعروفين في دراسة مرض القلق وعلاجه، ومن أوائل الباحثين فيه في العصر الحاضر.

إنه لا ينجو إنسان من الناس في مواقف الحياة المختلفة من التعرض للقلق بدرجات متفاوتة. ومن

أمثلة ذلك الطالب الذي يوشك أن يدخل الامتحان أو يسعى للاطلاع على نتيجته، والرياضي الذي يتهيأ للمنافسة في حلبات الألعاب الرياضية، والموظف الذي يواجه تهديدا لاستقراره وأمنه في كسب رزقه، والسعي على عياله، والزوج الذي يشرف على انفصام رابطته الزوجية، والإنسان الذي يفقد واحدا من أقاربه أو أحبائه، وهذه كلها مواقف متجددة في حياة الناس حين يكدون ويكافحون في هذه الدنيا التي لا تخلو من الصراع. وكلنا يخبر في نفسه ما تعنيه أعراض القلق من أعراض وعلامات جسمية ونفسية كسرعة النبض، وخفقان القلب، وارتفاع ضغط الدم، وشحوب الوجه، وبرودة الأطراف ورعشة اليدين، وسرعة التنفس فضلا عن الشعور بالهم والغم، واضطراب النوم، وأضغاث الأحلام، وتغير الشهية، والنظرة السوداوية للحياة عامة. ولكن هذه الأعراض والعلامات جميعا تصيب الإنسان عندما يشعر بالتهديد في بعض مواقف الحياة. وهي على ذلك تعد أعراضا مألوفة لا شذوذ فيها ولا انحراف. وهي تزول حين تزول أسبابها المعروفة وقلما ينجو منها أحد كما أسلفنا. ولعل هذه التغيرات البدنية والنفسية بقية فينا من أسلافنا القدماء حين كانوا يواجهون في حياتهم البدائية مواقف الحرب أو الهرب في صراعهم مع أخطار البيئة حولهم.

ولكن هناك نوعا آخر من القلق تتعدد صوره وتختلف مظاهره وهو يصيب الناس دون سبب وجيه أو داع واضح، وقد ينتهي في أخر المطاف إلى عجز بالغ يعوق ضحاياه عن النهوض بأعباء الحياة ومسؤولياتها الطبيعية، وعندئذ يخرج هذا القلق عن نطاق القلق السوي ويصبح مرضا، ولذلك نسميه مرض القلق. وليس من الإنصاف أن نلوم المصابين به أو من حوله من أفراد العائلة، وإنما ينبغي أن نعده مرضا كسائر الأمراض يحتاج إلى علاج يتطور مع تقدم الأساليب العلمية في التشخيص والعلاج.

والجديد في أمر مرض القلق هو أن هناك من الدلائل ما يشير إلى نوع من الاضطراب في كيماويات المخ يراه المؤلف أساسا ماديا جوهريا لأعراض المرض يضاف إليه ما يعتري المريض من اختلال في السلوك والتعلم من تجارب الحياة. ويزيد الطين بلة ما يكون من ضغوط البيئة حوله فترهق المريض من أمره عسرا. ولذلك تتجه أساليب العلاج الحديث إلى هذه الأمور جميعا حتى يتم الشفاء. ومن بواعث الأمل أن التقدم العلمي قد أتاح

لنا أنواعا من العقاقير النفسية أحدثت ما يشبه الثورة في علاج الاضطرابات النفسية، عقاقير ثبت نجاحها حين تم استخدامها بدقة وعناية.

ومن الأمور الطريفة في هذا الكتاب أن المؤلف يعرض نماذج المرضى من واقع مشاهداته وخبراته المهنية، ولذلك فقد جاءت نابضة بالحياة تعرض صورا متنوعة من عذاب المرض ومعاناتهم وتقلبهم بين الرجاء واليأس. وسيجد المصابون بمرض القلق أنفسهم في مرآة تجلو لهم خفايا شعورهم وكوامن أحاسيسهم. ولعلهم بذلك يدركون أنهم ليسوا وحدهم في محنتهم، وإنما يشاركهم كثيرون آخرون يألمون كما يألمون، إن يمسسهم قرح فقد مس القوم الآخرين قرح مثله، وحين عولج المرض تم شفاؤهم. فمن واجب المصابين بمرض القلق أن يجدوا في طلب العلاج والأمل في الشفاء بإذن الله. أما الذين أنعم الله عليهم فنجوا من بلاء المرض فسوف يزيدهم الكتاب معرفة بغيرهم، ولعلهم يعرفون عندئذ واجبهم في ضرورة الأخذ بأيدي المرضى الآخرين وتقديم العون لهم.

وإذا كان في هذا الكتاب ما يفتح أبواب الأمل أمام المعذبين من المرضى في حياة جديدة خصبة منتجة تنقشع عنها سحب قاتمة مزعجة فذلك حسب المؤلف من توفيق، وذلك حسبنا من إسهام متواضع حين نقدم ترجمة الكتاب إلى قراء العربية، ونحن أحوج ما نكون إلى متابعة التطورات العلمية، والله الموفق إلى سبيل الرشاد.

دكتور عزت شعلان

الباب الأول

القلق السويّ ومرض القلق

Normal Anxiety And The Anxiety Disease

1 الصراع Conflict

كانت ماريا كسيرة الفؤاد. أجهشت بالبكاء دون تماسك وهي تدفن رأسها في الوسادة كي تكتم بكاءها. وأحست أنها مهملة قد أساء الناس فهمها. وقد حاول الناس مد العون ولكنها كانت تعرف أنهم يحسبونها مجرد فتاة متقلبة محطّمة القلب.

وكان في الأمر شيء من ذلك بالطبع، ولكن الضيق بالنسبة لها كان أعمق في الأساس. فقد ألم بجسمها شيء خطير في بعض الأحيان لم تكن تفهمه أو تسيطر عليه، ومع ذلك أنحى الكل عليها باللائمة. كانت تعلم أن هذا الشيء يختلف عن أي شيء سبق أن خبرته من قبل، ولكن الذين تحدثت إليهم قالوا إنها استجابة سوية. وقد خيل إليهم أنهم فهموا هذا الشيء. لكنها كانت تعلم أنهم ما فهموا شيئا.

كانت هي وآدم يتلاقيان منذ ستة أشهر. وقد بدأت علاقتهما دافئة ودية ثم تطورت إلى حب عميق. وأحست بانجذاب قوي نحوه، واطمئنان إلى قوته. وخففت ثقته بنفسه من تشككها في ذاتها. وبدا لها أنه نموذج أو مثال للسواء الذي كانت ترغب فيه لنفسها. وقد أصبحت مشكلتها أكثر غموضا

كلما زادت منه اقترابا.

وفي اليوم السابق تداعى كل شيء حين اقترح آدم أن يذهبا إلى مطعم طيب في يوم عيد ميلادها. وانتابتها رعدة باردة من الفكرة، وأدركت أنها سوف تقضي الساعات الأربع والعشرين القادمة في خوف من هذه الفكرة. لكنها كانت تدرك أيضا أنها تخيب أمل آدم فيها لو أنها رفضت، فقد سبق أن اشتكى من ندرة خروجهما معا. ولذلك قررت أن تشجع الفكرة.

وإذ كانت الساعة تقترب، تزايد إحساس ماريا بالقلق. ولم تستطع أن تفكر في المطعم دون الشعور بخفة في الدماغ، وبازدياد العرق، وبشيء من انقطاع النفس. وكانت أحسن الموائد تقع إلى جوار نافذة مطلة على منظر فسيح في الفضاء يشرف على الجبال المنحدرة نحو المدينة. ترى ما الذي يحدث لو أنها فقدت سيطرتها وقفزت من النافذة؟ وقد جعلتها فكرة السقوط بغير نهاية في الهاوية تحس بالدوار. وكانت هذه الموائد أبعد ما تكون من أبواب الخروج. وكان الطعام طيبا، والمشهد رائعا جدا، ولكن المكان كان غاصا بالناس دائما. ترى ماذا يحدث لو أن الإغماء أصابها أمام هؤلاء الناس جميعا؟ قد يستدعون الإسعاف، وعندئذ تصبح محور انتباه الجميع. واستبعدت الفكرة من ذهنها مئات المرات وأحست بالراحة لهذا القرار ولكن رغبتها في ألا تخيب أمل آدم انتصرت أخيرا وقررت أن تبذل جهدا خاصا في الاستجابة له في هذه المرة، ولو أنه لن يدرك أبدا كيف احتاج الأمر منها إلى ذلك القدر من الشجاعة.

وأحضر لها آدم أربعا وعشرين وردة صفراء في عيد ميلادها، وردة لكل سنة. وأعانها ذلك على أن تنسى مؤقتا كيف كانت خائفة طوال اليوم. ولكن المسافة من مدخل المطعم إلى المائدة بدت لها بعيدة على نحو غير معهود، وقد رغبت عدة مرات في الاستدارة والجري. ولاح لها أن الجميع يتطلعون إليها عند دخولها ويتفرسون فيها وإن كانت تعلم أن الأمر ليس كذلك. وبدا كأن خفقات قلبها قد جذبت إليها انتباههم جميعا. وأدارت مقعدها بحيث نجعل ظهرها إلى النافذة؟ فقد كان النظر إلى الخارج يصيبها بدوار فظيع. لكنها أحست بمزيد من فقدان السيطرة على ذاتها عندما واجهت الغرفة المزدحمة، فقد كان هناك جمع غفير من الناس، فهل كان هناك قدر كاف من الهواء؟ وجعل تنفسها يزداد كثيرا سريعا. وأصبح كل ما حولها غريبا

منفصلا غير حقيقي. وأحست برهة وكأنها تنظر من خلال الطرف الخطأ للمنظار المقرب عبر غرفة مليئة بالضباب.

وأدارت ماريا مقعدها لتواجه آدم، وكان عليها أن تتحمل الإحساس حتى ينقضي. فذاك ما أوصت به الكتب، إذ كان فحواها: «تستطيع أن تتعلم العيش مع الإحساس»، «تحمله أطول فترة تطيقها»، «لا تهرب»، «دعه يتخطاك»، «لسوف ينقضي»، «فكر في الأفكار الإيجابية»، «تنفس بالطريقة الصحيحة»، «ثابر على اختيار المواقف التي تخيفك حتى تتغلب على المشكلة». وكانت قد جربت الوسائل كلها. كانت تقدر أن بعض الناس لا بد من أنهم وجدوها مفيدة نافعة، ولكنها لم تجدها كذلك. الظاهر أن الأساتذة الذين كتبوا تلك الكتب لم يكونوا معها على وفاق في موجة التفكير، وأنهم غارقون في النظريات إلى حد يجعلهم لا يدركون جوهر الخبرة الحقيقية.

وأخيرا اجتذبت انتباهها قائمة الطعام. وطلبت قدرا مضاعفا من الويسكي الصافي الخالص. ولاحت الصدمة على آدم والمضيفة، ولكنها كانت مهيئة لقبول استهجانهما في سبيل التخفيف الذي قد يحدثه الشراب. ولم تكن هي في حقيقة الأمر تستطيب المشروبات الكحولية، ولكنها كانت تساعد في تبديد تلك المشاعر الغريبة، وكان هذا هو المهم. واختار آدم نبيذا طيبا. وأكلت وشربت في استمتاع، وأحس آدم بالابتهاج الواضح عند استمتاعها. وكان ذلك أفضل ما أحست به طوال اليوم.

ثم حدثت الواقعة: وبدأ قلبها يدق بسرعة أكبر. وظنت ماريا أولا أن الأمر يرجع إلى روعة المناسبة، أو لعل هناك شيئا في التوابل. ثم بلغ من تزايد سرعة قلبها أنها أحست بالضربات في صدرها. وظنت أن آدم لا بد قد لاحظ، ثم أحسست بشعور السخونة، وكان فمها مليئا، ولم تستطع أن تتنفس بطريقة صحيحة، وضاق حلقها وأحست كأنها تختنق. ونضحت على جبينها حبات من العرق، وتصاعد من جوفها شعور باندفاع شيء نحو صدرها، ثم أعقبه شعور بشيء يغوص في أعماق جوفها. وأصبح كل شيء منفصلا، وأحست بالدوار وخفة الدماغ، ثم بشعور الهلع-ذلك الهلع العقلي.

ولم يكن ثمة وقت للتفسير إذ كان زمام الأمر يفلت بعيدا، وأخبرت ماريا آدم أن عليها الخروج بسرعة والبقاء في الخارج. ولم تكن تطيق الانتظار حتى ترى ما يحدث. وبينما كانت تنهض أخذت يدها ترتعش بجلاء.

وأصبحت رجلاها وكأنهما من المطاط، واشتد إحساسها بعدم الثبات كما لو كانت تشرف على السقوط، حتى الأرض مادت بها تحت قدميها، وترنحت في سيرها نحو دورة المياه. ولا بد أن من رآها ظن أنها مخمورة. واستمر الإحساس، فمضت إلى الخارج لتستنشق الهواء.

وأراد آدم منها أن تعود، ولكنها لم تملك أن تفعل ذلك. وكان صمته عند العودة بالسيارة إلى البيت لا يحتمل. وعندما عادت إلى شقتها فيما بعد حاولت ماريا أن تعتذر وتشرح الأمر بأن حالتها من القلق تسير من سيئ إلى أسوأ. وأن حالة القلق هذه قد كادت تصيبها بالعجز، وأنها لم تعد تملك التصرف، وأن الحالة تجعلها تحس بالعزلة عن الناس بل جعلت من العسير عليها أن تذهب إلى العمل.

لكن آدم لم يستطع أن يفهم أو لم يرد أن يفهم، فقد مل الاستماع إلى حكاية قلقها. ما بالها لا تتمالك نفسها وتحاول التغلب عليها؟ إنها ليست-على كل الأحوال-الإنسان الوحيد الذي أحس يوما بالقلق، فقد كانت له خبرات مشابهة-كما قال-ولكنه عرف كيف يتناولها مباشرة، وهذا هو كل ما يتطلبه الأمر.

وحاولت ماريا أن تخبره بأن قلقها مختلف، وأنه ليس من نوع القلق السوي. فقد سبق أن عرفت القلق السوي قبل أن يبدأ هذا الأمر. كان الشعور مختلفا. وحينذاك كان هناك على الدوام سبب وجيه للشعور بالقلق، أما الآن والنوبات تأتي بغير إنذار، وبغير سبب على الإطلاق، بل إنها تأتي وهي تستمتع كما حدث الليلة، وهي لا تستطيع أبدا أن تتوقع متى تدهمها النوبات. وقالت إنها تشعر بالقلق وكأنه نوع من المرض، وإن كان الأطباء قد عجزوا عن كشف أي اختلال بها.

ولم يثمر هذا. فقد أصر آدم على أنها لم تكن تحاول بجد. وأنه ظل شديد الاحتمال فترة أطول مما ينبغي. وقال إنه احتمل في البداية مخاوفها العصبية[1] من المرض ثم كان يسري عنها بالدعابة حين كانت تعتمد عليه في كل أمورها البسيطة. ما بالها لا تذهب إلى أي مكان دون مصاحبته؟ وما بالها الآن وقد اصطحبها إلى مكان لطيف، أفسدت كل شيء بالمزيد من قلقها الأحمق؟ ثم توجت الأمر كله فتظاهرت بأن قلقها من نوع خاص. لقد تحمل ما فيه الكفاية. وأني تكون له علاقة بإنسان يخنقه على هذا

النحو؟ ثم تساءل-في طعنة قاصمة-كيف يمكن أن تتوقع أبدا أن يكون لها أطفال ترعاهم وتربيهم إذا استمرت على هذا اللغو؟

وأصبحت ماريا محطمة إذ لم يجد لديه وسيلة أفضل لإيذائها. لقد حاولت بجد شديد طوال اليوم وأخفقت تماما. وأخذت في البكاء وأحست بالذنب، فلم يفهم مشكلتها أحد حتى آدم. وعندئذ عجزت عن التوقف عن البكاء وبدا كأنه أبوابا قد انفتحت أمام شهور من التوتر المخزون.

وبهدوء طلبت من آدم أن ينصرف. فقد سببت له من المشاكل ما يكفي وأخبرها أن تستدعيه بعد أن تستجمع أمرها إن استطاعت يوما، وألا تفعل قبل ذلك، ثم انصرف غاضبا.

لكنه بعد أن عجز عن النوم فيما بعد أخذ يزيد من التفكير فيما كانت قد قالته. لعله كان مخطئا. فربما كانت مصابة بحالة لم يسمع عنها من قبل. ربما كان هناك أمر يمكن أن يتخذ بشأنها. وربما كانت من ناحية أخرى عصابية مهوشة، بحيث يجعله بقاؤه معها رفيقا لها في شقاوتها وتعاستها. وذهب إلى النوم في تلك الليلة مختلط التفكير لا يستقر على قرار.

قصة آدم وماريا قائمة على أحداث وقعت مرات عديدة وسوف تتكرر دون ريب. وهي تلخص علة طائفة من الناس يسيء فهمهم عالم الناس الأسوياء. إن آدم وماريا شخصان يقفان على طرفي نقيض في آرائهما حول إحدى الخبرات الإنسانية المركزية. ألا وهي القلق. فآدم لا يفهم ما تخبره ماريا عن القلق وان كانت ماريا تفهم خبراته، ونجده لا يتحمل تصرفات ماريا، لأنه لا يفهمها، بل إنه ليعتدي عليها بطرق خفية، ويعدها غير لائقة، وهو لا يقبل قواعد حياتها ولكنه يتوقع منها أن تحيا حسب قواعده. وكلاهما لا يستطيع أن يعبر الفجوة بينهما لإدراك مشاعر ماريا وخبراتها. وهذا هو جوهر الصراع بينهما.

والكتاب الذي بين أيدينا يدور حول الناس من أمثال ماريا-شكواهم أو علتهم وانغماسهم في الرعب وخبراتهم الغريبة-.

وهو يدور أيضا حول بداية تحرر هؤلاء الناس، ورحلتهم إلى الحرية.

2 نوعان من القلق

Two Kinds of Anxiety

يعد أغلب الناس-مثل آدم-أن كل خبرات القلق تشبه خبراتهم هم. وهم يظنون عادة أن الحالات المتطرفة إنما هي ببساطة تضخيم للقلق «السوي».. وانطلاقا من هذا الافتراض يصبح من اليسير أن نستنتج أن جميع أنواع القلق ينبغي تناولها بنفس الأسلوب تقريبا. قد تدعو الحاجة إلى مزيد من الجهد للتعامل مع القلق إذا كان متطرفا. ولكنه سيتلاشى حتما في النهاية، كما يحدث في حالة القلق دائما. وقد يبدو منطقيا أيضا أن نستنتج أن ما استثار القلق لا بد من أنه كان بعض الضغوط النفسية الواضحة، وأنه مشكلة لا ضرر منها في الحقيقة.

ولكن هناك-من الواضح كما توحي بذلك حالة ماريا-نوعين من القلق في الأساس. أما النوع الأول فهو الذي يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، عندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئا يتهدد أمنه أو سلامته: كأن يصوب لص مسدسا إلى رأسه أو

كأن تفشل كوابح (فرامل)السيارة. فهو عندئذ يشعر بالاضطراب والارتجاف. فيجف ريقه، وتعرق يداه وجبهته، وتزيد نبضات قلبه وتهتاج معدته ويشتد توتره. ويعاني الخوف العقلي والقلق. وأغلب الناس أحسوا بهذه المشاعر في أوقات الخطر أو الضغط. وكذلك إذا تعرض أحد الناس مرات متكررة للهجوم عليه أو الخوف في موقف معين، فإنه يتعلم الإحساس بالخوف كلما واجه هذا الموقف. وتلك استجابة دفاعية عادية. فإذا عقر كلب شرس أي إنسان مرات عديدة فسرعان ما يصير حذرا من الكلاب خائفا عند رؤيتها. وسوف نسمي هذا القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط من خارج الفرد «القلق خارجي المنشأ» أو القلق المستثار Exogenous or Provoked وكلمة Exogenous مشتقة من كلمات إغريقية تعني الشيء الذي ينشأ أو ينتج من الخارج. أي أن المصطلح يتضمن فكرة معينة هي أن الفرد يستطيع أن يميز دائما مصدرا مقبولا يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه.

وهناك نوع ثان من القلق يسمى داخلي المنشأ endogenous، وهذا هو ما نجده عند ماريا، ولا يفهمه آدم، لأنه لم يخبره من قبل قط. وتتكاثر الآن دلائل توحي بأن حالات القلق من هذا النوع الثاني إنما هي مرض. ويبدو أن ضحاياه قد ولدوا باستعداد وراثي له وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق تدهم المصابين فجأة أو بغتة، دون إنذار أو سبب ظاهر.

وأحيانا يبدو أن أعضاء مختلفة من الجسم قد أفلت زمامها. فقد يحدث أن تزيد دقات القلب أو أن يحس المصاب بالدوار أو الاختناق وتقاصر النفس أو قد يحدث التنميل حتى عند غياب أي ضغط أو خطر ظاهر. وما يجعل هذا المرض مختلفا عن القلق السوي الآخر، الذي هو رد فعل على تهديد أن الأول تظهر فيه هذه الأعراض فجأة دون إنذار وبغير أي ضغوط واضحة.

وكلمة Endogenous تأتي من كلمات إغلايقية تعني صادرا أو ناتجا من الداخل. ومعناها الحرفي أن المشكلة المركزية هنا تنبع من مصدر ما داخل جسم الفرد، بدلا من صدورها كاستجابة لموقف من خارج الإنسان. وقد تم اختيار هذا المصطلح لتبرز الفكرة القائلة بأن الشخص المصاب يشعر، أثناء نوبات الرعب كلها أو بعضها، كأن الأمر يدهمه من داخل جسمه، ولا يدهمه استجابة لوقائع خارجية. ففي هذا النوع من مرض القلق، كما هو

الحال في كل الأمراض، نجد أن الطبيعة قد أفسدت وظائفها بشكل من الأشكال. كما أن مرض القلق هذا له حياته الخاصة به مثل سائر الأمراض. وهو يجر على أصحابه الشقوة والمعاناة.

وكثيرا ما يخطئ الأسوياء من الناس فينظرون إلى أعراض المريض على أنها مشابهة لاستجاباتهم عندما يواجهون ضغطا وتهديدا. ومن اليسير جدا على غير العارفين بهذا المرض أن يهونوا من خطورة المشكلة، وأن يظنوا أن الراحة والاسترخاء أو الإجازة الطيبة سوف تحل المشكلة.

والواقع أن القلق خارجي المنشأ والقلق داخلي المنشأ مختلفان تماما. وهذا الكتاب يحاول أن يشرح القلق داخلي المنشأ، وأن يبين ما يمكن عمله كي نساعد أولئك الذين يعانون منه على أن يعيشوا حياتهم بصورة سوية مرة ثانية.

3 من الذي يصيبه المرض ومتى

(Who it Strikes And when)

من الذي يصيبه المرض؟

يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعينه. وهو يصيب واحدا في المائة تقريبا إلى درجة العجز- وأغلب المصابين به)ثمانون في المائة(من النساء، والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب.

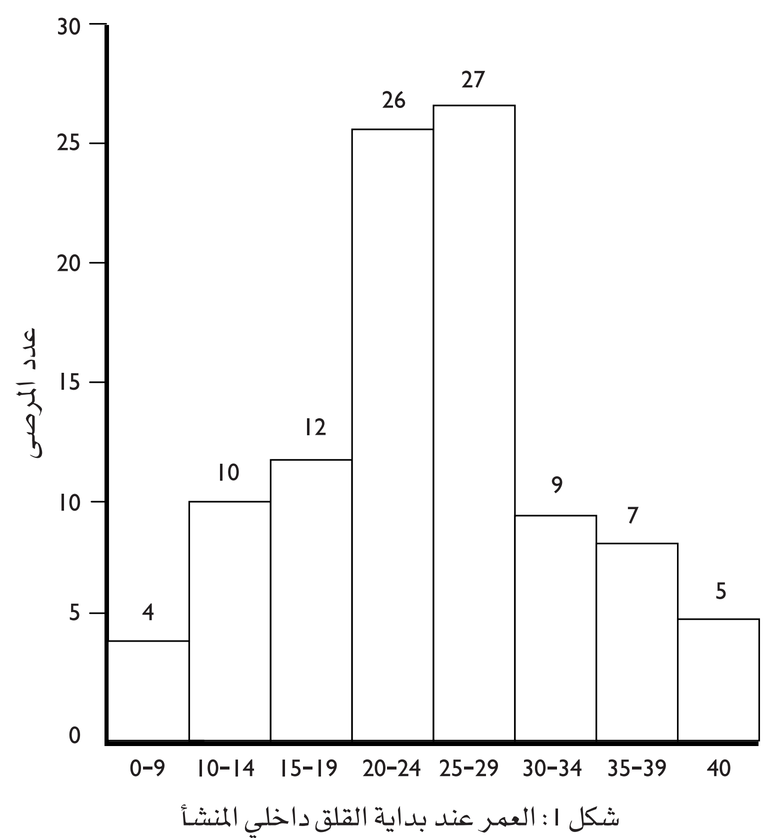
وتعزى زيادة انتشار المرض في النساء بالنسبة إلى الرجال إلى تعرض النساء لألوان من الضغوط ينفرد بها في مجتمعنا. وقد ذهب بعض المراقبين إلى حد القول بأن زيادة انتشار الحالات بين النساء ترتبط ارتباطا مباشرا بالضغوط التي يخلقها وضع النساء المتدني عن الرجال في حضارتنا. وبينما تبدو هذه النظريات طريفة في ذاتها، تبدو أنها عاجزة عن تفسير الثبات الإحصائي الملحوظ في كثرة انتشار الحالات بين النساء أساسا عبر الزمان والمكان. ذلك بأن نسبة النساء المصابات مقارنة بنسبة المصابين من الرجال ظلت كما هي في جميع

البلاد التي درس فيها المرض خلال القرن الماضي. كنا نتوقع أن الاختلافات الواسعة في حقوق النساء ودورهن في المجتمع سوف تغير هذه النسبة، لكن الحال غير ذلك. إذ يبدو أن المرض يصيب النساء اللاتي تدور حياتهن حول الدور التقليدي «ربة الدار» بنفس النسبة التي يصيب بها المشتغلات بالمهن والأعمال الخارجية.

متى يبدأ المرض؟

لو كانت الضغوط وحدها هي السبب الأكبر في مرض القلق! لتوقعنا أن يبدأ في أي عمر. إذ لا يبدو أن الضغوط تنهال على مرحلة معينة من العمر وتعفي مراحل العمر الأخرى، فلكل عمر ضغوط خاصة به. وعلى ذلك فعندما نبحث أغلب الحالات التي تكون فيها الضغوط هي السبب الأول نجد أن الضغوط يمكن أن تبدأ في أي مرحلة من الحياة. لكننا لو نظرنا إلى العمر الذي يبدأ فيه ظهور هذا المرض لوجدنا أنه لا ينتشر عبر كل الأعمار. بل تبدأ أغلب الحالات في أواخر العقد الثاني وأوائل العقد الثالث من العمر (انظر شكل١). ومن النادر نسبيا أن يبدأ المرض قبل سن الخامسة عشرة أو بعد سن الخامسة والثلاثين.

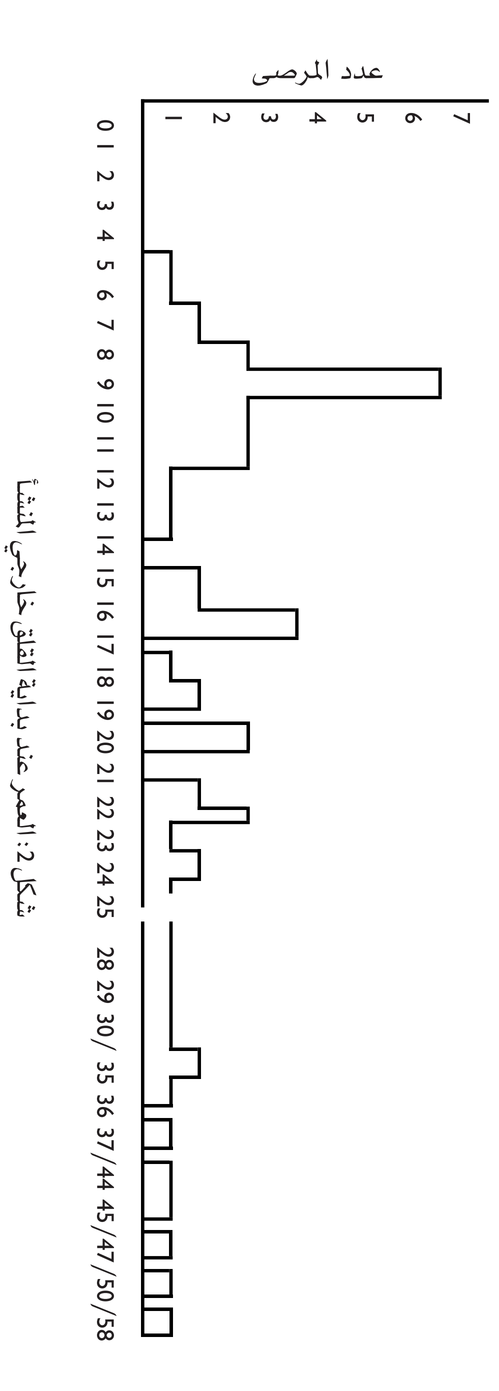
على أن هناك كثيرا من الأمراض تتصف بهذه الخاصية بمعنى أنها تنهال على فئات معينة من العمر. فالحصبة والجديري تستأثران بالأطفال، على حين أن ارتفاع ضغط الدم يبدأ عادة في أواسط العمر، وأما الشلل ومرض ألزهايمر [2] Alzheimer فيظهران في سن متأخرة إلى حد ما. ويقوم هذا التوزيع الخاص للأعمار-التي تبدأ فيها الأمراض-على أساس بعض العمليات الكيماوية أو البيولوجية المحددة التي تسمح للأمراض باختصاص فئة معينة دون الفئات الأخرى من العمر. وما هذا إلا دليل واحد من بين أدلة عديدة توحي بأن هناك أساسا بيولوجيا محتملا لمرض القلق. ويشير هذا الدليل إلى أن الضغوط قد تلعب دورا في تضخيم المرض، كما هو الحال في كثير من الأمراض، إلا أن العوامل البيولوجية قد يكون دورها أكثر أهمية في هذا المرض من دور الضغوط وحدها. (وفي الفصل الرابع عشر نورد مناقشة مفصلة عن الأدلة التي تدعم أن قيام المرض ينشأ على أساس عمليات الأيض)[3].



شكل ١: العمر عند بداية القلق داخلي المنشأ

Figure1: Age of onset of endogenous anxiety

أما انتشار القلق السوي فإن توزيعه مختلف تماما. فلنأخذ جماعة من الناس الأسوياء-ما عدا إحساسهم بنوع معين من المخاوف المرضية، كالخوف من الكلاب أو الحيات أو ركوب الطائرات-نجد أن هؤلاء الناس-في العادة-يمكنهم أن يحددوا حالة من الضغط النفسي أو تجربة مقلقة مخيفة بدأ عندها الخوف المرضي. فربما عقرهم كلب أو مات لهم صديق حميم في تحطم طائرة. ولما كانت هذه المخاوف المرضية قد سببتها الضغوط النفسية،-والضغوط من شأنها أن تؤثر على كل الأعمار وعلى كلا الجنسين (رجالا ونساء) بنسبة متساوية تقريبا-فإننا نتوقع أن تكون نقطة البداية في انتشار هذه المخاوف المرضية موزعة توزيعا متساويا عبر كل الأعمار بين الجنسين.



شكل 2: العمر عند بداية القلق خارجي المنشأ

Figure1: Age of onset of exogenous anxiety

وهذا هو الواقع حقا. (شكل 2)

إن الإحصاءات المتعلقة بالقلق داخلي المنشأ توحي بخلل في الطبيعة على نحو ما. وحين نجد مرضا شائعا على هذا النحو قد عجز التطور عن القضاء عليه، فعلينا أن نتساءل عما إذ كانت الإصابة به، وخاصة في صورها البسيطة أو المخففة، تفيد في نواح معينة. وبالفعل فإن من الممكن أن يؤدي الاستعداد الموروث لهذا المرض إلى بعض المزايا برغم ما يجلبه من تعاسة وذلك في إطار وسائل وظروف لم تكتشف بعد.

الباب الثاني
مراحل المرض السبع
The Seven Stages of Disease

٤ المرحلة الأولى: النوبات spells

كانت ماريا في الثانية والعشرين من العمر وهي في أنسب عمر يبدأ فيه ظهور هذه الحالة-عندما أصابتها النوبة الأولى وكانت قد أنهت دراستها الجامعية واستقرت سعيدة في عملها الجديد. وكانت سليمة الجسم، ذكية، مبتهجة، وأمامها مستقبل طيب تتطلع إليه حسب كل المعايير. ثم خرجت ذات مساء تأكل مع الأصدقاء حين أحست فجأة بخفة في الدماغ وبالدوار. كان إحساسا يصعب وصفه. وأحست لحظة كأنها تطفو فوق الأرض. واستأذنت في الذهاب إلى دورة المياه وهي تشعر باختلال كبير في توازن جسمها فوق رجليها وصبت الماء البارد على وجهها، ثم جلست لتستريح وحدها. ولكنها عجزت عن أن تتخلص تماما من هذه المشاعر.

فلما عادت أعرب أصدقاؤها عن شحوب لونها، لكنها ردت بأنه مجرد نوبة عدم الارتياح وإن كانت لا تستطيع تحديده تماما. لقد كانت من قبل ذلك معافاة، ولم يحدث أثناء اليوم شيء مذكور؟ ولم تكن تتوقع شيئا غير عادي. وإنما جاء الإحساس بغتة تماما، لقد كانت من قبل ذلك تناقش أصدقاءها في شأن إجازتهم القادمة، وتخطيط

تفاصيل الرحلة.

فأي شيء أدعى إلى السرور من ذلك؟. وفشلت في البحث عن سبب لهذا الإحساس. لعلها كانت حساسة لبعض المواد المضافة إلى الطعام. وبدا لها أن الأمر شبيه بحالة نقص السكر في الدم التي سبق لها أن قرأت عنه في إحدى المجلات.

لكنها كانت كذلك في المرحلة السابقة نزول الطمث في دورتها الشهرية لعل السبب إذن يعود إلى مجموعة الأعراض التي تسبق الطمث[1] Premenstrual syndrome ثم تلاشى الإحساس أخيرا، ولكنها ظلت تعجب منه كثيرا بعد ذلك.

وكادت ماريا تنسى النوبة عندما دهمتها مرة ثانية بعد أسبوعين بينما كانت تقود سيارتها في الطريق السريع. بدأت ضربات قلبها تتسارع بغير ضابط وكانت تحس بها وتخفق في صدرها، ويدق صداها في أذنيها. واستجاب صدرها ورقبتها للنبض. وفجأة تخلف قلبها عن الدق دقة واحدة- وكأنها قد ارتفعت بسيارتها «مطبا» حين تقود السيارة بسرعة فائقة-وقفز كل شيء إلى أعلى حلقها في لحظة. وكان إحساسها بإفلات الزمام من جسمها على ذلك النحو مدعاة إلى الخوف المؤكد، فمن العسير أن يكون ذلك خيرا لها.

وكان لا بد من أن تظن ماريا أن هذه النوبة مرتبطة بتلك التي أصابتها وإن كانت داهمت جسمها في مكان مختلف. لقد حدثت هذه المرة حين كانت تقود السيارة في مكان لا تألفه. ولم تكن في الحقيقة ترغب في الذهاب إليه ولكنها أحست بالمسؤولية في استكشافه.

ومع كل أيقنت أنه لا داعي إطلاقا لاضطرابها إلى هذا الحد. ولم تلبث النوبة طويلا في هذه المرة.

ثم أحست أن صحتها طيبة خلال بضعة أسابيع تالية. وكانت في بعض الأحيان تصاب بنوبات خفيفة قصيرة بالتنميل أو الخدر في ذراعيها أو وجهها.

ولم يضايقها ذلك كثيرا ولكنها لاحظت فقط أن النوبات بدأت تتكاثر وتزيد. وكان يصاحب النوبات أحيانا شعور بموجة ساخنة تندفع سارية في جسمها. وكان من الواضح أن سنها أصغر من أن تبلغ سن اليأس لكنها

شعرت بمثل أعراضها. ورأت أن من واجبها إذا استمرت هذه النوبات البسيطة أن تلتمس الكشف عنها. وأرادت أن تستشير الطبيب من جانب، ولكنها ترددت من جانب آخر.

لقد كانت هذه النوبات غريبة جدا. فكيف تستطيع وصفها لطبيبها؟ وأحست بالحرج قليلا منها.

فقد يحسبها الطبيب شابة عصبية أزعجها صراع يعلن عن نفسه بهذه الطريقة السيكوسوماتية[2] (Psychosomatic) ولم تكن هي نفسها مقتنعة بأن الأعراض سيكوسوماتية، ولكنها أدركت أن الطبيب لن يجد شيئا ذا بال يستند إليه في التشخيص. فإذا لم يجد الطبيب عندها شيئا فإن من دواعي قلقها أنه قد لا يأخذ شكواها على محمل الجد مستقبلا إن كانت مصابة بمرض حقيقي. وعلى ذلك صبرت على الأمور.

فالمرض يبدأ غالبا بهذه الطريقة، بنوبات قصيرة من الأعراض التي تحدث فجأة ومن تلقاء ذاتها ومن دون إنذار أو سبب ظاهر. وهذا هو ما يفرق بين المرض وبين الخبرات الانفعالية الأخرى التي هي أوسع انتشارا. بل وقد تحدث هذه الأعراض كثيرا من غير أن يصاحبها القلق النفسي أو الهلع. والمصابون يشعرون كأن واحدا من أعضاء الجسم قد فقد سيطرته على ذاته. أي أن تلك العمليات الدقيقة في الجسم قد فقدت توازنها بصفة مؤقتة.

ويمكن للنوبات في هذه المرحلة أن تتخذ صورا كثيرة.

خفة الدماغ أو الدوخة Lightheadedness

الإغماء المنذر Faintness

أو نوبات الدوار or Dizzy Spells

من الشكاوى الشائعة جدا في المراحل الأولى من مرض القلق أن يقول المريض: «أشعر كأنني على وشك إغماء أو فقدان الوعي». هذا الشعور بالإغماء المنذر أشبه بشعور الخواء ص 'White-out' منه بفقدان الوعي 'Black-out' وقد يصاحبه أحيانا شعور خفيف بالغثيان، وإحساس بالتباعد عن العالم. وقد يوجد إحساس بخفة الدماغ بالمعنى الحرفي، وقد يكون هناك إحساس بالضعف في الذراعين والرجلين مع شعور بفقدان بعض السيطرة العضلية. ويحدث في حالات نادرة إحساس بدوران الدنيا.

ويسبب هذا الشعور حرجا إذا تصور المرء أنه يصبح محور الانتباه إذا أغمي عليه أمام الآخرين في الأماكن المزدحمة خاصة.

فقدان التوازن Imbalance والأرجل الرخوة الهلامية and JeIIy Legs

شرحت إحدى السيدات حالتها فقالت:«أحس أحيانا أنني غير مستقرة إلى حد كبير على قدمي. وأنا واثقة بأن أناسا كثيرين سوف يشكون في أني مخمورة». «أنا أمشي مترنحة مضطرة إلى الاستناد إلى الحائط. وعندما أسير يبدو لي كأن الأرض لن تكون في المكان الذي أتوقعه، إذ يبدو أن قدمي تلمس الأرض على مستوى أعلى أو أوطأ مما أتوقع. وذلك يجعلني أتعثر وأحس أن إدراكي للأعماق قد تلاشى. وتفقد رجلاي الإحساس بموضعهما من المكان».

كذلك قد يحس بعض المرضى بأن أجسامهم تميل إلى جانب واحد، ويشعرون عندئذ بالحاجة إلى تعويض هذا الإحساس «بالبرج المائل». وهم يعرفون بطريقة موضوعية أنهم لن ينقلبوا، ولكنهم يتساءلون في لحظة عدم التوازن: ولماذا المجازفة؟ ومن اليسير تبرير الأمر عند جلوسهم على المقعد فيما بعد. ويصف آخرون الإحساس بأنه شبيه بالسير على سطح السفينة وهي تتأرجح في أعالي البحار فأقدامهم لا تطمئن في الحقيقة أبدا، وهم قد يسقطون في أي لحظة. وكان رجل مصاب بهذا العرض إلى درجة بالغة يزحف على أربع في أرجاء منزله. وكأن هذا الضيق لم يكن يكفيه، فوجد من الضروري أن يزحف عند زاوية الاتصال بين الأرض والحائط. وأحس بمزيد من الارتباط بالمكان، وتخفف من فقدان الاتجاه حيث أسند كتفه إلى الحائط وثبت أطرافه الأربعة على الأرض. ولم يكن أحد يعرف مشكلته. وكان في الحياة العادية اليومية ذكيا موهوبا ناجحا، يحتل منصبا محترما في المجتمع..

ومن الأحاسيس المرتبطة بموضوعنا ذلك الإحساس بالأرجل الرخوة الهلامية أو اللينة. ويحس المرضى في هذا الموقف كأن أرجلهم تنوء بهم في فترات طويلة، وهم في العادة يحتاجون إلى أحد يستندون إليه عند المشي. وقد أنفقت إحدى المريضات ثلث راتبها في دفع تكاليف سيارات الأجرة

للذهاب إلى العمل والعودة منه حيث إن رجليها اللينتين لم تسعفاها على الوصول إلى هناك بطريقة أخرى. وكانت بمجرد وصولها إلى العمل تجلس على نفس المقعد تقريبا طوال النهار. وكانت تطلب إحضار غذائها إليها. وقد مرنت مثانتها جيدا على التحمل أثناء النهار كي تتفادى الذهاب إلى الحمام حتى تعود إلى البيت. وقد وضعت مقعدها بحيث كان في ركن المكتب عند زاوية الحائط والأرض. بل كانت تحتاج إلى استنادها إلى هذا الركن عدة مرات في اليوم حتى تستعيد إحساسها بالتوازن بسبب مشكلتها هذه وكانت عاجزة عن شراء الملابس من السوق. وقد ارتدت ثلاثة فساتين وصدارتين خلال تسع سنين، وكانت تراوح بين ارتدائها بطرق مختلفة. وعندما ذهبت أخيرا إلى الطبيب تستفتيه في حالتها كانت قد فقدت قوة رجليها تماما، وأحست أنهما مشلولتان. وحضرت إلى الطبيب على مقعد متحرك وهي ترتدي ملابسها الباهتة.

وقد وصف آخرون كيف اضطروا إلى خفض رؤوسهم حتى يرقبوا الأرض عن كثب، ويضمنوا سلامة مواقع أقدامهم عندما حاولوا السير من مكان إلى آخر. وقد وصف مريض ذو خيال نفسه فقال: «أحس كأنني ملاح سكران في عاصفة ولكن بغير منافع الخمر».

صعوبة التنفس

(Difficulty Breathing)

«عندي صعوبة في التنفس»، «لدي صعوبة في بلوغ غاية النفس»، «عندي صعوبة في إدخال القدر الصحيح من الهواء في رئتي»، «أحس كأن الهواء ينفد» أو «كأن الهواء يخف أو يتخلخل»، هذه بعض أوصاف شائعة لنوع آخر من النوبات. كذلك يذكر بعض المرضى أنهم أحسوا خوفا مفاجئا من نسيان كيفية التنفس، وأن الإيقاع الطبيعي لتنفسهم قد توقف، أو أن الباعث الطبيعي على التنفس سوف ينتهي، وأن تنفسهم بذلك سيتوقف ببساطة إذا لم يجبروا أنفسهم على التنفس متعمدين. وقد يحسون أنهم مخنوقون أو مختنقون. ومن المعروف أن هناك مواقف معينة تزيد من هذه المشكلة مثل الجو الحار الرطب، والغرف التي لا نوافذ لها، والأماكن المغلقة، والزحام،

فهي كلها مواقف معروفة تماما ومخيفة حدا للمرضى المصابين بهذه الأعراض.

وأمثال هذه النوبات تدفع ضحاياها إلى التنفس بصورة أعمق وأسرع. فهم يبالغون في التنفس أو التهوية، ويأخذون قسطا زائدا من الأكسجين في أجسامهم ويطردون قسطا زائدا من ثاني أكسيد الكربون. وهذا يؤدي إلى سلسلة من التغيرات في التوازن الحامضي القاعدي، ومستوى الكالسيوم في الدم مما يؤدي بالتالي إلى أعراض جديدة عديدة، مثل التنميل والخدر في أجزاء الجسم، وخفة الدماغ، والدوخة، وأخيرا تؤدي الحالة إلى تشنجات في اليدين والقدمين والإغماء.

ولما كان ثاني أكسيد الكربون هو الإشارة لمركز التنفس في المخ باستمرار التنبيه المنتظم، فإن نقص ثاني أكسيد الكربون بعد المبالغة في التنفس يؤدي إلى عكس ذلك. فلا يجد مركز التنفس داعيا لتنبيه الصدر إلى التنفس. فهو يحس بعد كل شيء أن هناك قدرا فائقا من الأكسجين الموجود ويصبح المريض واعيا بتوقف الإيقاع الطبيعي المنتظم لتنفسه، بل وباختفاء الحافز الطبيعي على التنفس مؤقتا.

وهذا ما يخيفه ويؤدي به إلى البدء في زيادة الإفراط في التنفس فلا يزيد المشكلة إلا تفاقما. فتبدأ حلقة مفرغه تتوقف في النهاية حين يصاب المريض بالإغماء.

وهناك وسيلة شائعة تستخدم لكسر هذه الحلقة من زيادة التنفس وهي أن نجعل المريض يتنفس في كيس من الورق يغلق بإحكام حول الأنف والفم. وسرعان ما يستنفد الجسم الأكسجين الذي في الكيس، وتتراكم كمية ثاني أكسيد الكربون. فيكون أغلب ما يستنشقه الإنسان هو ثاني أكسيد الكربون الذي يصحح فقدان التوازن الحامضي القاعدي في الدم نتيجة المبالغة أو الإفراط في التنفس. كما يترتب على هذا أن تمضي الإشارة إلى مركز التنفس في المخ تأمره بأن يستعيد نظاما أقرب إلى التنفس التلقائي السوي مرة ثانية.

ومن النادر جدا أن تؤدي نوبات التنفس اللاهث إلى هذا المدى البعيد من الإفراط في التنفس. وإنما الشائع جدا أن يحس المريض بعجزه عن الحصول على القدر الصحيح من الهواء في الرئتين. وأغلب المرضى يعاني

هذه المشكلة في مرحلة من مراحل تطور المرض.

خفقان القلب (Palpitations)

يصيب الخفقان الغالبية العظمى من المصابين بمرض القلق. ويعني الخفقان إحساس الإنسان بضربات قلبه، وهو عرض مخيف مقلق يبدو في صورة ضربة زائدة، أو سرعة في دق القلب. ويشار إلى الضربات الزائدة بأنها «انقباضات قبل الأوان». والغرفتان الرئيستان في القلب هما البطينان وهما ينقبضان عادة بإيقاع منتظم. لكن عضلة القلب في هذا المرض تصبح متعجلة سريعة الانفعال حرفيا فتتقبض من غير التزام بالإيقاع المنظم في الضربات السوية. وهذا يخلق إحساسا بأن القلب يقفز أو بأن هناك ضربتين تعقبهما فترة أطول من المعتاد. فالقلب يدق ضرباته السوية ثم ينقبض على الفور مرة ثانية بصورة متعجلة. ويحس الإنسان بهاتين الضربتين-كزوج من الضربات-متقاربتين جدا. ولما كان القلب قد عمل زمنا مضاعفا فإنه يستريح الآن فترة أطول من قبل أن يعود إلى الإيقاع المنتظم في عمله مرة أخرى. ومن هنا يأتي شعور المرء بفترة توقف تسبق الضربة التالية.

وكثيرا ما تكون الضربة المزدوجة مدعاة للخوف. ويصفها بعض الناس بأنها صدمة خفيفة في الصدر تدعوهم إلى التوثب وتركز انتباههم على أجسامهم من الداخل. ويخشى المرضى في الغالب أن يكون معنى هذا بداية نوبة قلبية، أو أن قلوبهم سوف تضطرب اضطرابا لا أمل فيه ثم تتوقف. إن مثل هذه الضربات شائعة ولا تعتبر خطيرة عند الإنسان القلق الذي يكون قلبه سليما فيما عدا ذلك.

وكثيرا ما يعقب هذه القفزات أن يقرر القلب فجأة أن يتسارع ويزيد في ضرباته بسرعة عظيمة. وليس من غير المألوف في هذه الظروف أن تصل سرعة القلب إلى 140 ضربة في الدقيقة «هل سيبلغ القلب من شدة السرعة أن ينهار ويتوقف؟» «هل يؤذى هذا القلب؟» «هل يمكن أن يكون الأمر قاتلا؟» مثل هذه الأسئلة تمثل اهتمامات يعبر عنها كثيرا أولئك الناس الذين يضطرون إلى المعاناة خلال هذه النوبات. وغالبا ما تبلغ مثل هذه النوبات درجة من القوة تنتهي بالمرضى إلى تغيير أساليب حياتهم تغييرا غير عادي. وقد انتقلت إحدى المريضات إلى بيت مجاور للمستشفى «في سبيل الأمان»،

وكانت تجلس في الردهة الرئيسة للمستشفى-على بعد خطوات من غرفة الطوارئ-من قبل موعد الإفطار حتى وقت متأخر من المساء حين تذهب إلى البيت وتنام. وكان قلبها كثيرا ما يتسارع ويقفز بدرجة شديدة، فكانت دائمة القلق خوفا من أن تموت خلال واحدة من هذه النوبات. فكانت تريد أن تظل في مكان يمكن حملها منه إلى المستشفى لإنعاشها إذا أصابتها الطامة الكبرى.

وكانت هيئة غرفة الطوارئ قد فحصتها بإتقان مرات عديدة، وأكدت لها سلامتها من أي مرض خطير في القلب، وإنما أخبرتها بإصابتها باضطراب من القلق فحسب. ولم تساعدها المهدئات، وكثيرا ما قدمت إليها أدوية كان يمكن أن تعالج حالتها معالجة فعالة، لكنها كانت تقرأ عن كل دواء منها أن بعض آثاره الجانبية يمكن أن يسبب اضطرابا مؤقتا في إيقاع القلب، وكان هذا كافيا لتتجنب هذه الأدوية كليا. وتعلمت بعض المبادئ في قراءة ما يطبعه جهاز رسم القلب الكهربائي (وهو جهاز القلب الذي يرسم الإيقاع والنشاط الكهربائي في القلب). وكانت عندما تحس بحالتها طيبة تتحدث عن مشكلتها في كثير من الاستبصار. فكانت على تمام اليقين من علاقتها بالقلق وأن الناس لا يموتون منه، ولن يصيبها أي أذى. بل لقد كانت تسخر من حالتها وتبين أنها حماقة مجردة حين تكون في لحظاتها المستبصرة. ثم إذا دهمتها الحالة وجدت الاستبصار يتلاشى ويصبح همها الأول أن تظل على قيد الحياة في ذلك اليوم.

وأصبحت معروفة تماما لكل الهيئة الطبية بعد فترة وجيزة. وكل ما كان عليها عمله في أغلب الأحيان أن تذهب إلى قاعة الطوارئ، وتبحث عن رئيس الأطباء النواب لتقول: «إنني الآن أشعر بنوبة من نوباتي مرة أخرى، أخبرني فقط أنني سأكون بخير، وأنه لو حدث لي شيء فإنك ستدرك ما تقوم به، وأنك لن تتركني أموت». فكان كل ما تحتاج إليه عادة في تلك اللحظة أن يهز رئيس النواب رأسه مشجعا وأن يبتسم لها ابتسامة مطمئنة.

وهناك طرق عديدة بسيطة لتخفيض سرعة القلب عندما يأخذ في التسارع، وأشهرها وربما كان أفعلها تدليك الجسم السباتي (Carotid body) وهو عقدة موجودة على الشريان السباتي الذي يحمل الدم من القلب إلى المخ. ويوجد الجسم السباتي في الرقبة تحت شحمة الأذن مباشرة على

مستوى زاوية الفك. وإذا وضعت إصبعك هناك أحسست بالشريان ينبض. والتدليك الخفيف للشريان في ذاك الموضع يسبب انخفاضا منعكسا لسرعة القلب، وعليك ألا تدلك الجانبين من الرقبة في نفس الوقت مطلقا فإن الجسم السباتي مليء بالمستقبلات الصغيرة التي تحكم سرعة القلب وضغط الدم، فإذا تجاوزت السرعة والضغط حدودها بعثت المستقبلات إشارة إلى المخ كي يخفض سرعة القلب بفعل الأعصاب. وتدليك الجسم السباتي يحفزه إلى إرسال إشارات التخفيض بأعداد كبيرة. والنتيجة أن الجهاز العصبي يجد في العمل على تخفيض سرعة القلب. وإذا أبطأت سرعة القلب قل الاحتمال بصفة عامة في إنتاج ضربات زائدة أيضا.

أما الوسائل الأخرى في تخفيض سرعة القلب فهي تفيد من فعل عصبي منعكس يسمى الفعل المنعكس الدوري للعصب الحائر (Vasovagal reflex)، وهو يسمى أيضا الفعل المنعكس للغطس، وهو أعلى تطورا إلى حد كبير في الحيوانات البدائية وخصوصا في أسماك معينة. وعندما تحس هذه الأسماك بالتهديد أو الخطر فإنها تغطس فجأة بمقدمة رأسها لإنقاذ حياتها. وينبه الماء البارد وزيادة ضغط الماء الواقع على وجوهها نهايات الأعصاب على سطح رأسها، فتسبب الفعل المنعكس للغطس الذي يؤدي إلى تخفيض سرعة القلب والأيض إلى حد كبير. وبذلك تعمل أجسامها بسرعة أقل كوسيلة للحماية وتوفير للطاقة من أجل القتال أو الهرب. ولدى الإنسان بقية من هذا الفعل المنعكس، فإذا هو نبه الوجه أو الفم أو الحلق بالماء البارد، أو زاد الضغط على العينين المغمضتين أدى ذلك إلى بعض التخفيض في سرعة القلب بالفعل المنعكس. وقد وجد كثير من الناس ذلك بالإلهام حين ستبردون بوضع الماء المثلوج على وجوههم، أو بشرب الماء المثلوج بسرعة. ويمكن استخدام هذا الأسلوب عند ضحايا سرعة القلب للمساعدة في تخفيض سرعة قلوبهم.

آلام الصدر والضغط عليه Chest pain or pressure

في السنوات التالية للحرب الأهلية في الولايات المتحدة كان هناك طبيب يدعى جاكوب داكوستا (Jacob Dacosta)، وكان يعمل في مستشفى عسكري.لاحظ الارتباط المتكرر بين آلام الصدر والقلق عند الجنود الشبان

الذين أزعجتهم خبراتهم في الحرب. ولاحظ أيضا أن هؤلاء الشبان كانوا فيما عدا ذلك في صحة جسمية طيبة، ولم يكن عندهم مرض واضح في القلب. هذه الحالة التي كثيرا ما كانت تشبه مرضا حقيقيا في القلب سميت فيما بعد مرض داكوستا أو عصاب القلب. وتأتي هذه الحالة غالبا في غياب الضغط أو التوتر النفسي الواضح المفاجئ. أي أنها تحدث كعرض مستقل حين لا يحس المصاب بأي قلق.

وأكثر الأنواع شيوعا يكون موضعه في منطقة القلب اليسرى، وغالبا ما يحسها المريض عميقة في صدره أسفل حلمة الثدي الأيسر، وقد ينفذ الألم من مكان الثدي الأيسر إلى باطن الصدر، بل ويصل إلى الظهر في بعض الأحيان. وهناك نوع ثان من الألم يصيب أعلى الناحية اليمنى من الصدر، ويكون أقرب إلى مركز الصدر منه إلى الثدي الأيمن. ويصف المرضى الإحساس بكلمات «الضغط أو الضيق». وهو في العادة وجع دائم عميق غير حاد وقد ينضاف إلى هذا ألم نافذ حاد. وكثيرا ما يؤدي الضيق عند المرضى إلى إجبارهم على جذب أنفاس عميقة توسع صدورهم في محاولة لتخفيف الضغط ويشكو من هذه الأعراض نحو ستين في المائة من المرضى المصابين بمرض القلق.

أما الألم النموذجي في النوبة القلبية الحقيقية فيحدث في وسط الصدر ويكون من نوع ساحق أشبه بالمنجلة. ومهما يكن من شيء فإن رسم القلب الكهربائي (تتبع النشاط الكهربائي للقلب) هو الوسيلة الوحيدة للتمييز الجيد بين الحالتين أثناء إحدى هذه النوبات. فإذا عرف المرضى أن قلوبهم ليس بها شيء من الشذوذ الخطير أعاد ذلك السكينة إلى نفوسهم فيما يتعلق بهذه الأعراض على الأقل. وقد يحس المرضى في الحالات الشديدة بالألم يمتد إلى ذراعهم اليسرى، وهو ما يقوى اعتقادهم في إصاباتهم بنوبة قلبية حقا.

الإحساس بغُصَّة الحلق (Choking Sensation)

فقدت ليزا أربعين رطلا من وزنها. كانت تزن مائة واثنين وعشرين رطلا في الجامعة، ثم هبط وزنها الآن إلى اثنين وثمانين رطلا، ولا تزال ماضية في النقصان. ولم يكن السبب راجعا إلى فقدان شهيتها أو اتباعها

نظام غذائي، بل على العكس كانت تشعر بالجوع وترغب في الأكل. ولكنها كانت شديدة الخوف من تناول أي شيء سوى ألين الطعام. فكان الجبن والجيلاتي هما الغذائين الرئيسين في طعامها، بل إنها كانت تخشى من الإفراط فيهما. وشرحت الأمر بقولها: «عندي إحساس بالغصة في حلقي»، «كأن حلقي سوف ينغلق لو أكلت، وكأن مجرى الهواء عندي سوف ينسد. وهناك غصة في حلقي أغلب النهار. وأحيانا تشتد هذه الغصة فجأة دون سبب حتى حين الامتناع عن الأكل، وأحس كأن شيئا منحشرا في حلقي هناك. وأشهق قليلا كي أفتح المسالك. ويكون الأمر أسوأ كثيرا إذا كان الطعام في فمي». إن نسبة المصابين بمرض القلق الذين تزعجهم هذه المشكلة تبلغ نحو اثنين وسبعين في المائة. وكانت حالة ليزا بالطبع أعنف بكثير من الحالات المتوسطة. ومن سوء الحظ أن بعض الناس الذين يشتد إحساسهم بذلك ويخافون خوفا بالغا من تناول الطعام تحدث لهم نوبات حقيقية من الغصة. ومن الواضح أن وقوع ما يخشونه في أنفسهم يزيد المشكلة سوءا.

التنميل والخدر Paresthesias

تنتشر أحاسيس التنميل والخدر في أجزاء من الجسم متفرقة. وثلثا أولئك المصابين بمرض القلق يشتكون من هذه الأعراض. وليست هذه الأعراض في ذاتها مزعجة جدا بصفة خاصة، ولكن لما كان المريض يربط بينها وبين المرض الحقيقي فإن ذلك يؤدي إلى خشيته من وجود اختلال من الناحية الطبية الأمر الذي يؤدي إلى ضيق أشد من الضيق البدني بالأعراض. وتقع أحاسيس التنميل عادة في الذراعين واليدين والقدمين أو حول الوجه والفم. وقد تشتد إلى درجة الشعور بأن هناك جهازا هزازا فوق الجلد. وقد ذكر واحد من المرضى«أحس بالخدر في شفتي من أثر الهز».

وأكثر ما يذكره المرضى من أحاسيس الخدر تحدث في الذراعين وأحيانا في الوجه. وقد يبدو أنها تصعد وتهبط في الذراعين. وقد وصفها مريض غلبت عليه هذه الأعراض فقال: «برح الخدر بذراعي حتى تخيلت أنهما ميتتان. وشعرت كأني فقدت السيطرة على ذلك الجزء من جسمي وأني فقدت الصلة به». كذلك ذكرت مريضة أخرى كانت تشكو كثيرا من هذا

العرض أنها تفقد أحيانا الإحساس بنصف وجهها، أو بأن ذراعها اليمنى وساقها اليمنى قد تعرضتا للموت. كما بينت أنها تعرضت مرتين للتنميل والضعف في النصف الأيمن من جسمها. بأكمله، وأنها في المرة الثانية فقدت صوتها تماما حتى خيل إليها أنها أصيبت بالشلل. وبعد أن زالت عنها هذه الأعراض تماما بعد عدة ساعات أكد لها الطبيب أن الأمر ليس على درجة من الخطورة، فلم تتمكن من تصديقه. ثم رجعت بنفسها إلى الكتب الطبية، فكانت قراءتها فيها مدعاة لأن ينشأ عندها الخوف من أنها تتعرض لبوادر الإصابة بمرض (Multiple Sclerosis). فقد كانت المشاعر والأحاسيس من القوة والواقعية بحيث إنها لا يمكن إلا أن تصدر عن أسباب جسمية.

توهج الحرارة أو الهبوب الساخن (Hot Flashes)

قالت إحدى الشابات في بساطة عندما طلب إليها طبيبها أن تصف مشكلتها: «تصيبني توهجات أو هبات سخونة»، وزادت أخرى في تفصيل الأمر قائلة: «يبدأ إحساس بالحرارة من تحت، ويسرى إلى فوق خلال بطني وصدري ورقبتي ووجهي. وأحس كأني أتحول إلى اللون الأحمر، ويسخن وجهي ويحتقن». ويلاحظ قليل من المرضى بقعا حمراء على جلودهم وخصوصا على أعلى صدورهم بعد هذه النوبات. وفي أحيان أخرى يشعرون برعشات باردة تسرى في بعض أوصالهم وأسفل ظهورهم. ويقرر اثنان وسبعون في المائة من مرضى القلق تعرضهم لهذه الأحاسيس الساخنة والباردة.

الغثيان Nausea

من العجيب أنه على الرغم من أن اثنين وثمانين في المائة يقرون بتعرضهم للغثيان، إلا أن قلة قليلة منهم تشكو منه بوصفه المشكلة السائدة الرئيسة.

وكان شعور أحد المرضى به كالشعور بدوار البحر. وقد يصحب الغثيان- في بعض الأحيان-شعور «بأن شيئا يغوص ويهبط في قاع المعدة». قال واحد منهم: «تصور أنك مررت بالسيارة على مرتفع كبير في الطريق فأحسست بمعدتك تصعد ثم تغوص أنت وتشعر بالأمر، وبأنه سوف ينقضي

في لحظة، وأنت تعرف أيضا أن السبب فيما تحسه يرجع إلى اصطدامك بالمرتفع في الطريق. والآن تصور أنك تحس ذلك الشعور بغير سبب كالمرور فوق مرتفع. ثم تصور أبعد من ذلك أنك لا تدرى متى يختفي الشعور، أو إن كان سيزول يوما، وأن الشعور هذا يستمر ويستمر بغير انقطاع. هذه هي الخبرة أو الشعور وكيف تكون» وقال مريض آخر: «وبعد ذاك الشعور يصبح التقيؤ نوعا من الراحة وإيذانا بانتهائه».

وقد تؤدي هذه النوبات في بعض الأحيان إلى جعل المريض أكثر تعرضا لشعور الاحتباس في حلقه (gagging). وهو عندما يحس بالغثيان يخفض لسانه بغير قصد نحو قاع فمه وإلى ناحية الخلف في حلقه. ويؤدي هذا إلى زيادة اللعاب في الفم، والإحساس باحتباس الحلق والرغبة الملحة في القيء.

وقد يتعرض قليل من المرضى لفترات من القيء المستمر يشق عليهم إيقافها. وغالبا ما يحتاجون إلى دخول المستشفى لاستعادة السوائل، وتوازن عملية الأيض بعد اختلالها نتيجة القيء. وقد ترتبط هذه المشكلة أيضا بنقص الشهية للطعام، وبالتالي نقص الوزن حين يحاول المريض ألا يزيد من الغثيان. على حين أن بعض المرضى الآخرين الذين يجدون أن تناول الطعام يخفف بالفعل هذا الشعور تجدهم يزدادون في الوزن نتيجة لذلك.

الإسهال (Diarrhea)

كانت آن ماري وهي في السابعة والعشرين أما لطفلين، وكانت مع ذلك تلبس حفاضات (Diapers)، وكان في الأمر تحقير لها ولكن لم يكن لها خيار. كانت لا تحس بالاطمئنان إلى أمعائها إذ كانت تصيبها تقلصات مفاجئة، ورغبة ملحة في إفراغ أمعائها، مما يضطرها إلى أن تهرول إلى أقرب دورة للمياه. فإذا لم تكن هناك دورة قريبة عجزت عن ضبط نفسها ووقعت «الواقعة». وقد أجريت لها كشوف طبية وقيل إنها غير مصابة بمرض في الأمعاء لكنها وجدت أن المشكلة تقيد حياتها إلى حد اليأس. فقد كانت هناك أمور معينة لا بد لها من إنجازها كالذهاب إلى السوق. وكانت تعرف مكان كل دورة للمياه في نطاق ثلاثة أميال من بيتها، ولذلك كان اختيارها الطريق يتوقف على وجود دورات مياه قريبة.

وكان على آن ماري أن تحد من نشاطها الاجتماعي، فلا هي تريد احتكار دورة المياه في كل مكان تذهب إليه. ولا هي تريد أن تخلف أي دليل على المشكلة بعد خروجها. ولم يكن الأمر بالذي يهوى الأصدقاء الاستماع إليه حيث إنه منفر جدا. وإنما وجدت من الواجب أن يكون الإنسان واقعيا نحوه، وأن يتعايش معه على أفضل ما يستطيع. وعلى هذا كان ذاك ما فعلته بالضبط. فبدأت في لبس الحفاضات والسراويل المطاطية أحيانا، وخففت من تقييد نفسها. ولم يكن أي طعام جربته مجديا لها إلى حد كبير في أغلب الأحيان. كذلك كان التوتر يزيد بالتأكيد من سوء تحكمها في أمعائها. ومع كل كانت هناك أحيانا نوبات تصيبها مع قليل من النذر أو بغير سبب وجيه حتى وهي في حمى منزلها الخاص. وأحست أنه لا بد من وجود خيط يربط بين هذه الأعراض وبين شعورها بالدوخة ونوبات سرعة القلب وقصر النفس. ولكنها لم تكن تعرف بالضبط كيف تهتدي إلى ذلك الخيط.

إن أغلب المصابين بالقلق داخلي المنشأ لا يصابون بنوبات الإسهال المتكررة. ثم إن من يتعرض لها لا يتعرض لها إلا في صورة نوبات متباعدة في العادة. بل إن بعض الناس يضطر إلى الاستعداد قبل الخروج باتخاذ طقوس معقدة. فقد يضطرون مثلا إلى الاقتصار على أطعمة معينة أو على أشربة خاصة في اليوم السابق. فهم يضطرون إلى مراعاة طقوس الذهاب إلى الحمام بصورة وسواسية. وقد يؤدي أي خلل في النظام الصحيح للطقوس إلى إفساد كل الخطط وزيادة الاحتمال في وقع الطامة في طريق الرحلة. وكثيرا ما يطلق على الحالة «مرض القولون المتوتر irritable Colon Syndrome، أو التهاب القولون التشنجي Spastic colitis.

الصداع وما يصاحبه من آلام

Headaches and Associated Pain

إن النوبات المتكررة من الصداع المزمن تصيب ستا وثمانين في المائة من مرضى القلق. ومن المألوف أن نجدهم يتناولون قدرا كبيرا من الأسبرين أو مسكنات الألم الأخرى ليستعينوا بها على قضاء يومهم العادي. وصداعهم يكون أعنف وأثبت من الصداع العادي الذي يطرأ عند التوتر. ثم إن الألم

لا يقتصر في الحقيقة على الرأس فقط، وإنما يغلب أن ينتشر الألم في سائر أنحاء الجسم. وعندئذ يؤدي إلى مزيد من الضيق والشقاء.

ولعل من الممكن أن بعض المواد المعينة في المخ التي تتحكم في الألم يطرأ عليها الاضطراب بسبب مرض القلق هذا. فإذا تم علاج هؤلاء المرضى علاجا ناجعا تزول معه الحالة، وإذا بهذه الآلام تزول كذلك في نفس الوقت. أما إن عادت الحالة بعد ذلك إلى هؤلاء المرضى فإن الصداع هو أول ما يعود من الأعراض. ولو دام الصداع لكان-في الغالب-نذيرا بقدوم نوبات أكبر من مرض القلق في المستقبل.

الأفكار التسلطية والأفعال القهرية (Obsessions and Compulsions)

الأفكار التسلطية معناها نزعات أو كلمات أو أفكار متكررة غير مرغوب فيها، تقحم نفسها على الذهن بإلحاح ويكون التخلص منها عسيرا. وتكون هذه في العادة أفكارا مستهجنة عدوانية، أو جنسية، أو متعلقة بدوافع يصعب التحكم فيها. كانت ماريا تجلس مرة في الكنيسة فأحست-أثناء أهدأ مرحلة من الطقوس-بنزعة أو بنزغ فجائي يدفعها إلى الوقوف والصراخ بكلمات بذيئة. وأحست بالدهشة من جراء تردد الفكرة في نفسها، ولكنها عجزت عن طرد الفكرة، فخرجت من الكنيسة خوفا من أن تفقد سيطرتها على نفسها. ووصف ضحايا آخرون أن أفكارا مفاجئة تستولي عليهم. إنهم سوف يشنقون أو يؤذون أطفالهم. وكانت إحدى المريضات تخشى الذهاب إلى مكان مزدحم لأنها تسلطت عليها الفكرة في أنها لو فعلت لأصابتها نوبة من الهلع تضطرها إلى تمزيق ثيابها والفرار عارية من المكان لتهرب من الأحاسيس الضاغطة التي تصاحب النوبة.

ولأن هذه الأفكار لا تتسق أي اتساق مع السلوك المعتاد للشخص، فإنها ترعبه وتفزعه إلى حد كبير. بل إن أشد ما يضايق الضحايا أن هذه الأفكار يصعب عليهم التخلص منها وأنها تتكرر غالبا. وبعض المرضى ينتهون إلى الاعتقاد بأنهم يفقدون رشدهم، وإلى الخشية من الاحتجاز في مستشفى الأمراض العقلية إذا ذكروا هذه الأفكار لأطبائهم. وحين يعلم هؤلاء الناس أن أفكارا مشابهة تراود ضحايا آخرين كثيرين لمرض القلق، ولكنهم لا ينفذونها فإنهم في العادة يدهشون ويستريحون. إن وجود الفكرة في الذهن

شيء وتنفيذها شيء آخر مختلف تماما.

إن مثل هذه الأفكار يصحبها ما يسمى بالأفعال القهرية بنسبة خمس وسبعين في المائة من المرات. والأفعال القهرية هي تكرار أفعال بعينها بطريقة تشبه الطقوس. ولدينا ثلاثة أمثلة شائعة على السلوك القهري وهي تكرار التأكد من شيء أو العد، أو الاغتسال عندما لا يكون ذلك ضروريا. وكثيرا ما تكون هذه الطقوس القهرية محاولات مضادة للتغلب على الأفكار التسلطية. كانت إحدى السيدات تسيطر عليها فكرة تسلطية مؤداها أنها سوف تقوم بإشعال النار التي تحرق بيتها وتقتل عائلتها. فكانت عندما توشك على الخروج من منزلها-في كل مرة-تجد نفسها مقهورة على اتباع طقوس من تكرار التثبت من مطافئ السجائر، وفرن الغاز، ومخارج الغاز الأخرى وذلك على الرغم من أنه سبق تثبتها بعناية تامة من كل شيء في المرة الأولى. كان الشك يظل يراودها فيما إذا كانت قد تأكدت بما فيه الكفاية.

إن الأفكار التسلطية والأفعال القهرية-في العادة-ليست أعراضا شديدة عند المصابين بمرض القلق، وهي أقل ظهورا من أعراض القلق الأخرى. كذلك لا يعاني كل المصابين بالأفكار التسلطية والأفعال القهرية من مرض القلق. فقد يكون لديهم اختلال أولى من التسلط والقهر (Obsessive-Compulsive) لا تصحبه نوبات القلق، وإنما تغلب فيه الأفكار التسلطية والأفعال القهرية على الأعراض الأخرى.

استغراب الواقع وتفكك الشخصية

Derealization and Depersonalization

هناك نسبة من المرضى تتراوح ما بين خمسين وستين في المائة تحس أعراضا يصعب وصفها. وقد يبدأون في شرحها ثم يكتشفون أن الكلمات عاجزة عن الإحاطة التامة بمشاعرهم. كذلك قد يخشون أن يظن بهم الجنون حيث إن الأمر يبدو بالغ الغرابة والشذوذ. بل لقد صرح البعض منهم بخوفهم من أن يحتجزوا في مستشفى الأمراض العقلية.

أما استغراب الواقع فمعناه أن الأشياء من حولك تصبح غريبة غير

حقيقية ملفوفة في الضباب، أو منفصلة متباعدة عنك. قال أحد المرضى: «أحس بأني في عالم آخر، وكأني أعرف أنني موجود هنا، ولكني في الحقيقة غير موجود، أحس كأني بعيد من الموقف الذي أنا فيه، وكأني أشعر بوجودي في بعد آخر، كالخواء أو الفراغ، خارج الموقف الذي أنا فيه. وكأني أراقب الأمر كله من بعيد». وقال مريض آخر: «أحس كما لو كنت أنظر إلى كل شيء من خلال الناحية المقلوبة للتلسكوب (المقراب) إذ تبدو الأشياء أبعد وأصغر. وقد يحدث العكس أحيانا فتبدو الأشياء أبعد وأصغر. وقد يحدث العكس فتبدو أحيانا الأشياء أقرب وأكبر. كنت أريد عبور الشارع يوما فاعتراني هذا الشعور. وشعرت أنني لو نزلت عن رصيف الشارع فسوف أهوي في قرار سحيق وأني لن أبلغ الجانب الآخر من الطريق إذ لاح لي بعيدا جدا».

كان بطرس في ضيق عندما عاد ذات مساء إلى شقته وهو يحس بالشعور التالي حسب وصفه: «شعرت كأن لم يسبق لي أن كنت هنا. حتى زملائي في السكن ظهروا أمامي غرباء لا عهد لي بهم. وانشطرت نفسي جانبين، جانب يعرفهم، ويعرف أين أكون. أما الجانب الآخر فقد أحس بالاغتراب. كأني كنت سمكة في حوض ماء، وهم جميعا حوله. وحسبت إنني سأجن وأن عقلي ينشق وينفصل عن ذاته. وذكرني ذلك بشعر قالته إميلي ديكنسون[3] Emily Dickinson

أحسست بصدع في عقلي
وكأن مخي ينفلق
وجهدت كثيرا في لفقه
وفشلت تماما في رتقه
من فكري اللاحق حاولت
وصلا للسابق فعجزت
وتناثر نظم التفكير
ككرات في الأرض تسير

واستمر بطرس في الكلام قائلا: «أحس أحيانا كأني أنظر إلى كل شيء حولي من خلال نقاب، أو ضباب كثيف أو خفيف. وأحيانا أشعر كأني انفصلت عن الأرض التي تحت قدمي وكأني أمشي في الهواء أو أطفو، فقد

كنت أقود سيارتي في الأسبوع الماضي عندما أحسست بالعجلات تفقد الصلة بالأرض. وبدا كأن السيارة تطفو وهي تسعى فوق الأرض على ارتفاع نصف متر تقريبا. وشعرت أني أفقد زمام الأمور-وأني عاجز عن إعادة الاتصال بالأرض كما ينبغي-وكان أمرا مخيفا، يمكن أن يؤدي إلى حادثة. ثم وقع مثال مختلف في يوم آخر، فقد كنت أتمشى مع فتاتي عندما أحسست برجلي وكأنها لوالب كثيرة، وعندما كنت أهبط بقدمي اليمنى شعرت بالجانب الأيمن من جسمي يغوص بفعل وزني وثقلي، بينما استطالت رجلي الأخرى عندما خف عنها الوزن.

وبدا لي أن علي أن أرفع رجلي اليسرى عاليا جدا حتى ترتفع قدمي اليسرى عن الأرض.

شعرت وكأن جسمي ورجلي أرجوحة تعلو وتهبط، وتتمايل ذات اليمين وذات الشمال على هذه اللوالب. لقد كان شعورا مرعبا لا بد من أن المشهد بدأ سخيفا وإني لأرجو ألا يكون أمري قد أتضح وانفضح».

ويرتبط تفكك الشخصية باستغراب الواقع. ويشير تفكك الشخصية إلى الإحساس بنفسك خارج جسمك أو منفصلة عن جسمك أو عن جزء من هذا الجسم. وقد وصفت إحدى المريضات ذلك الشعور كما يلي: «كنت مستلقية يقظى في الفراش، وكانت الستائر مفتوحة والبدر التمام في السماء وشعرت بقليل من الخوف ولذلك تعلقت بذراع زوجي طلبا للأمان.

كان نائما، وفجأة لم أعد أشعر به أو بنفسي، وأحسست كأني في الجانب الآخر من الغرفة أرجع النظر إلى نفسي في الفراش. وبدا كأن روحي قد خرجت من جسمي وكنت أعيد النظر إليه. هل كنت ميتة؟ وحاولت الصراخ طلبا للعون ولكني عجزت. ثم تذكرت أني قرأت عن «خبرات الشعور بالخروج من الجسم»، «الطرح الروحي»، ‘Astral Projection’ لعلي أفلح في استعادة الاتصال بنفسي في أمان مرة أخرى. وأخيرا فعلت، ثم شعرت بعد الخبرة أنها لم تحدث في الواقع-وإنما كانت أضغاث أحلام فقط» ثم استمرت تصف نوعا آخر من هذه الخبرة. حدث فيما بعد: «كنت أتمشى في الشارع، وفوجئت مرة واحدة بأني خرجت من جسمي ثانية، فيما لاح لي، وأنني في هذه المرة أمشي إلى جوار نفسي».

أمثال هذه الخبرات ليست غير شائعة، إلى درجة أقل، فيما بين الناس

الأسوياء أثناء المراهقة. فقد يحس الواحد أن اليد التي تمسك بالقلم ليست يده، كما أن صورته في المرآة قد تبدو كأنها صورة شخص آخر غيره. ومن شأن خبرات استغراب الواقع، وتفكك الشخصية أن تؤدي إلى شيء من الخوف القليل عادة، لا دائما.

وأكثر ما يشيع بين المرضى من تفسيرات لها هو أنهم في الطريق إلى فقدان رشدهم، وفقدان سيطرتهم على أنفسهم. ولكن مثل هذه الأعراض ليست إمارات على الجنون، وإنما هي مجرد خبرات شائعة تدعو إلى الضيق. وهي في الأغلب مرتبطة بمرض القلق.

5 المرحلة الثانية: الهلع Panic

ظلت ماريا تعاودها النوبات على فترات متقطعة ثم دخلت حالتها كلها في مرحلة جديدة بعد نحو ثلاثة أشهر، فقد أصابتها حالة ساحقة من الهلع. حالة كانت تشبه النوبات السابقة، ولكنها كانت أكثر سوءا، وأشد رعبا.

كانت تشتري حاجاتها من السوق عندما طغت عليها النوبة. ولم يكن قد حدث في هذا المساء شيء خاص. كما لم تتعرض لما يسوء في ذلك اليوم حتى يعكر صفوها.

وكانت قد خرجت لمشاهدة واجهات المحلات على أمل أن تجد «فستانا» تلبسه في حفل تذهب إليه مع آدم. كانت تريد أن تبدو في أبهى صورة. وفجأة وعلى غير توقع وبدون سبب ظاهر مباشر تملكتها موجة الهلع، وبدا أن كل شيء يفلت من سيطرتها بسرعة، ومن قبل أن تجمع شتات فكرها للصمود أمام هذه الهجمة الضارية. وبدا الأمر كأن النوبات السابقة جميعا قد اجتمعت كلها عليها بأقصى ما فيها من قوة.

واستولى الحال على عقلها إلى حد زاغ معه بصرها. وأصبح كل شيء باهتا منفصلا، وأحست

كأن قلبها يود الإفلات من صدرها. وشعرت بدوخة شديدة وخفة في الدماغ، واختل توازنها. وتحولت سيقانها هلامية رخوة وبدت أنوار المصابيح شديدة التوهج، وشعرت كأن حساسيتها للأصوات قد زادت حدة. ولاحظت أنها ترتجف، أنها عاجزة عن السيطرة على ارتجافها بينما كانت حبات العرق تنضح على جلدها. وأصابها قصور حاد في التنفس كما زاد إحساسها بضيق في الصدر مما اضطرارها إلى أن تفتح فمها بأكمله التماسا للهواء. وشعرت أنها لا بد مختنقة إن لم تجذب من الهواء أنفاسا بسرعة.

ولم يكن شيء قط عانته من قبل-حتى حين واجهت خطرا ماديا حقيقيا-قد هيأها لهذه التجربة. إذ كان الفزع والهلع النفسي أبعد من أي شيء في مألوفها. ولاح كأن شيئا فظيعا حقا يوشك أن يقع أو أنها في طريق الموت ولكن على غير استعداد له. وظنت أن الحياة لا بد من أن تنتهي على هذا النحو، وأن هذه التغيرات البدنية سوف تؤدي إلى وفاتها بسرعة. وأحست برغبة ملحة في الجري، ولكنها لم تكن تدري إلى أين تجري أو من أي شيء تجري؟ واستولى عليها حافز بدائي في الهرب من هذا الشعور الذي استولى عليها. وما لبثت أن أعرضت عن الأشياء التي كانت تنوي شراءها وهربت لا تلوى على شيء.

وأخذ الشعور مجراه في الدقائق الخمس التالية. والظاهر أن الشعور كان يستغرق زمنا يختص به، فهو إذا بدأ لا يغير منه شيء، ولا ينتهي إلا حين يستنفد طاقته فقط. ولم تستطع ماريا أن تستجمع نفسها طوال نصف الساعة التالية أو فترة تزيد على ذلك-كانت متوترة عاجزة عن الاسترخاء، قلقة، عصبية، لا تستقر على قرار. كانت قلقة من احتمال الإصابة بنوبة أخرى وأحست بضعف شديد أو بالإعياء حقا. وشعرت بأن أطرافها ثقيلة وأنها تزيد في وزنها عن حقيقتها.

ثم تيسر لها بعد ذلك أن تجلس وتحلل وتتعقل الخبرة. لماذا هربت وهي تعلم أن الشعور نابع من داخلها؟ إنه لم يكن بمقدورها الهرب من شعور كامن فيها، هل كانت تستطيع ذلك؟ ومع هذا كانت قوة النوبة هي التي دفعتها ببساطة إلى أن تفعل ذلك بالضبط. وطوال الأسبوع التالي ظلت تعاودها نوبات متفرقة من الأعراض. وكانت تخشى في كل مرة أن تكون هذه النوبات مقدمة لنوبة الهلع العظيمة التالية. وبعد ذلك بأسبوع حدثت

هذه النوبة. ثم صارت نوبات الهلع بعد ذلك تحدث ثلاث مرات أو أربع في الأسبوع. وتخللت هذه النوبات العظيمة نوبات بسيطة من الأعراض. يتراوح عددها بين خمس نوبات أو ست في الأسبوع.

وبعد بضعة أسابيع من نوبتها العظيمة الأولى، كانت تشاهد مسرحية مع آدم. وكانا يجلسان في الصف الأول من شرفة المسرح. وكانت المسرحية تدعو إلى الملل، ولاحظت ماريا مدى هدوء الحاضرين أثناء المشهد. ثم أصابتها نوبة الهلع. وأحست أن زمام عقلها يفلت منها، وأنها توشك على أن تقف وتصرخ في المسرح الهادئ. وبعد برهة ظنت أن عقلها ينفرط: فقد استولى عليها نازع قوى يدفعها إلى إلقاء نفسها من الشرفة. ولأنها كانت تشعر بأنها تفقد سيطرتها على عقلها، بل بأنها في طريقها إلى الجنون، فقد أصابتها خشية من أن تستسلم لهذه النزعة. وكانت تفكر «إن هذا الإحساس بأني أسير في طريق الجنون، وبأن عندي نزعات غريبة، لا بد من أن يكون انهيارا عصبيا. فإذا لم تكن في سبيلها إلى الجنون فلا شك في أن الأمر كله لدفع أي إنسان نحو الجنون.

وبعد هذه الواقعة بأسابيع وشهور أحست كأن شيئا غريبا من قبيل النزوة الهوجاء يدفعها إلى منحدر بحيث تقف على حافته. حتى إذا أحست بقرب النهاية إذا بشيء يردها عن الهاوية ويستنقذها ليتكرر هذا مرة أخرى في يوم آخر.

إن خبرة ماريا في نوبات الهلع غير المتوقعة خبرة نموذجية حقا. فأنت تجد المرضى يقولون: «أنت تظن يا دكتور أنك تعرف ما هو القلق والهلع ولكن صدقني إنه أمر يخرج عن نطاق خبرتك فإنك لم تجرب شيئا شبيها به». نوبات الهلع والتلقائية إنما هي مجموعات من نوبات عديدة من أعراض مختلفة تحدث مرة واحدة. وتكون شدتها غالبا أعظم منها في النوبات المتفرقة. وهناك فضلا عن ذلك-فزع عقلي شديد يصاحب الإحساس البدني بإفلات زمام الجسم.

ومن دواعي العجب أن أغلب المرضى مثل ماريا يصابون في المتوسط بعدد من نوبات الهلع غير المتوقعة يتراوح بين اثنتين وأربع منها كل أسبوع. ومن الواضح أن هذا العدد قد يتغير، ولكن المدهش أن يظل هذا المتوسط ثابتا عند حسابه على فترات طويلة عند كثير من الأفراد. وعند الإناث من

المرضى نجد أن النوبات أقرب إلى أن تقع قبل دورة الحيض منها في المراحل الأخرى من دورة الحيض. وفي هذه المرحلة قد تحدث النوبات في مجموعات أكثر عددا أو أشد قوة.

ويضيق أغلب المرضى بإحساسهم بإفلات الزمام من أنفسهم بصفة خاصة. وهم يتعرضون أثناء النوبة لنزعات غريبة تنبو تماما عن سلوكهم العادي. من ذلك أن إحدى المريضات كانت تنزعج وتخشى كثيرا عندما استولت عليها النوازع لإيذاء طفلها بإلقائه في النار أو بطعنة بسكين أو مقص-بل قد حدثت هذه النزعات حتى في أوقات لم يكن الطفل فيها يسبب لها الضيق، وإنما كان يظهر لها المودة والحب حقا-وقد بلغ من شدة خوفها من أفكارها أن حبست نفسها في غرفتها حتى تلاشت الأفكار.

وكانت شابة مريضة أخرى تتأذى كثيرا من ضيق ثيابها أثناء نوباتها من الهلع. وكان ارتداؤها صدارا ضيق الفتحة عند العنق، أو مشدا ضيقا للصدر «سوتيان»، أو حزاما مطاطا حول الخصر كان ذلك كله يضخم إحساسها بالاحتباس فيها أو الاعتصار داخلها، وبأن الحياة تعتصر منها خلال النوبة. فكانت تلبس دائما ثيابا واسعة جدا، وتقلل من ثيابها قدر الإمكان. وكانت تحس أثناء النوبات بدافع هائل لتمزيق ثيابها كلها في محاولة للتخلص من شعورها بالاعتصار. وكانت سيدة منضبطة مهذبة جدا. فكان تفكيرها في احتمال اضطرارها لفعل ذلك في مكان عام يعكر صفوها ويحد من أنشطتها. وقالت إنها لا تبالي فعل ذلك لو اضطرت إليه في سبيل منع نوبة الهلع من الاستيلاء عليها على الرغم من شكها البالغ في قدرتها عليه.

وكثير من الناس يذكرون أنهم قد يفقدون حسهم الطبيعي الناقد بصفة مؤقتة أثناء النوبة، وأنهم يصبحون أكثر تقبلا للإيحاء والتأثر بالمؤثرات الخارجية في هذه الفترات. وقد حدث في أحد البحوث على المرضى المتطوعين أن أعطي فريق منهم دواء فعالا بينما أعطي الآخرون مادة وهمية لا تأثير لها صPlacebo' مدة أسابيع عديدة. وفي جلسة من الجلسات الأسبوعية المنتظمة مع ستة من المرضى ذكرت إحدى السيدات أنها خائفة من استمرارها في العلاج. إذ إنها بعد تناول قرصها الثاني أحست بخدر وضعف في النصف الأيمن من جسمها، وكأنه مشلول بغير إحساس فترة

وجيزة. إنها تخشى أن يكون هذا نذيرا بإصابتها بشلل نصفي.

وقد استمع الفريق إلى وصفها باهتمام. وبعد أسبوع أحس ثلاثة من المرضى الخمسة الباقين بهذه الأعراض، وأحسوا كذلك بالخشية من الإصابة بالشلل النصفي. ثم اتضح بعد المراجعة أن ثلاثة من المرضى الأربعة الذين أحسوا بالنوبات كانوا يتعاطون عندئذ المادة الوهمية التي لا اثر لها . ولذلك شعروا بالارتياح حين علموا أن أناسا آخرين مروا بخبرات مشابهة من زيادة القابلية للإيحاء. وانقض اكثر ذلك الاجتماع في مناقشة الموضوع في استبصار بالغ وموضوعية شديدة.

وغالبا ما يلجأ أولئك الذين يعيشون نوبات الهلع التلقائية إلى استخدام الصور الوصفية لنقل خبراتهم للآخرين، وهي خبرات تبلغ من شدة الحيوية درجة تترك أثرا دائما في الذهن في كثير من الأحيان. فقد وصف أحد الجنود نوبته الأولى من الهلع عام 1944، بعد انقضاء نحو أربعين عاما، واستطاع أن يتذكر الساعة من اليوم، ومكان الإصابة بالنوبة، و ماذا كان يفعل في تلك اللحظة، ومن كان يرافقه. وكان قبل النوبة بخمسة أشهر قد شارك في موجة من موجات القوات التي هبطت على شواطئ النورماندي في فرنسا يوم الغزو. وقال إن القلق الذي أحس به عند الهبوط على الشاطئ كان خفيفا بالقياس إلى الفزع التام الذي أحسه في نوبة من نوبات الهلع السيئة، وأنه لو خير بين الأمرين لاختار التطوع مرة أخرى للنزول على شاطئ النورماندي وهو مسرور.

كذلك كان واحد من المديرين من ذوي الإرادة القوية يحس دائما بنجاحه نتيجة قوة إرادته المتميزة، وبأنه يستطيع أن يتناول أي شيء يعترض سبيله. ثم أزعجه أن نوبات الهلع تغلبه على أمره. ورأى من الضروري أن يدرب قوة إرادته في السيطرة على الخوف بثنيه كما تنثني العضلات. واختار لذلك الاختبار في التدريب خبرة يجدها أغلب العاديين من الناس مخيفة وهي القفز من الطائرة بالمظلة. فإذا استطاع التغلب على ذلك الخوف بالتدريب فلا بد من أن يتحمل نوباته من القلق التلقائي.

وتلقى دروسه في التدريب على المظلة ونجح في القفز مرات، بل بدأ يستمتع بالخبرة. وعلى الرغم من ذلك ظلت نوباته من الهلع تتغلب على أفضل الجهود التي بذلتها قوة إرادته. وقال: لو كان له أن يختار يوما بين

الإصابة بنوبة هلع تلقائية، أو القفز من الطائرة على ارتفاع عشرة آلاف قدم-حتى وان كان يعلم أن هناك مخاطرة تتمثل في ألا تفتح المظلة-لما وجد صعوبة في الاختيار، فهو على استعداد للقفز من الطائرة في كل حين.

وقال مريض آخر خصب الخيال: «تصور أنك تمشي على حبل مشدود بين ناطحتين من ناطحات السحاب مثل مركز التجارة الدولية، وأنك عبرت منتصف المسافة حين بدأت ريح عاصف تهب، وبدأت تحس قدميك تفلتان، وتنظر إلى أسفل فإذا المسافة طويلة حتى تبلغ الشارع من تحتك. حاول أن تستجمع مشاعرك في بدنك وعقلك في ذلك الموقف-إن نوبة القلق التلقائي أسوأ حتى من هذا وإليك السبب: إنك على الحبل المشدود تعرف السبب في قلقك: وتستطيع تمييز الأشياء التي تحتاج إلى أدائها لمعالجة الموقف-فالخطر واضح. وأنت تتوقع أيضا أن تحس الخوف والقلق. وليست هناك مفاجآت كبيرة. ولكن نوبة القلق التلقائية-في الجانب المقابل-يمكن أن تصيب في أي وقت بغير توقع. والأسوأ من هذا أنك لا تعرف لها سببا معقولا. وأنت لا تستطيع أن ترجعها إلى أي شيء. إنها فزع لا اسم له. إنها تأتي من غير مصدر محدد، وأنت لا تعرف متى تنتهي إن قدر لها أن تنتهي. ولأنها قد تداهمك في أي وقت، وفي أي مكان فإنك لا تحس الأمان في الحقيقة أبدا أينما كنت. ولو كان لك أن تتصور الجحيم فعليك أن تدخل هذا في بعض ما يتضمنه الجحيم».

6 المرحلة الثالثة: توهم المرض

Hypochondriasis

عندما كانت ماريا-بعد فترة طويلة-تتذكر مرحلة توهم المرض كان يصيبها شيء من الحرج الممزوج بالتأنيب الحاد-كانت قد جعلت نفسها موضعا للسخرية من طبيبها ومن كثير من الأخصائيين الذين راجعتهم-وفي الوقت نفسه لم تكن تملك إلا أن تحس بشيء من الضيق بهم. فقد كانوا بالتأكيد يدركون ما تمر به، ولعلهم لو ساعدوها حقا على فهم العملية كلها لكان في الإمكان أن تتجنب كثيرا من تلك المشاهد المحرجة. ومع ذلك كانت تعلم أنها حين الإصابة بنوبة الهلع تبلغ من الخوف حدا يهرب معه كل المنطق من النافذة في لحظة الرعب، وأن الحافز على التماس المساعدة والحصول على الطمأنة يستولي عليها. وكان من العسير أن ترجع الخطأ في ذلك إلى أطبائها: وهنا وقع اللوم مرة ثانية ومباشرة على مرض الخوف هذا. وكانت تحس بالحرج أمام أصدقائها وعائلتها أيضا. كانوا قد حاولوا المساعدة واحتواء الأمر، وعرفت أنها كانت في بعض الأحيان غير منطقية تماما، ولكنها كانت

تشعر بأمانة أنها عاجزة.

وفي الأسابيع التي أعقبت إصابتها بنوبات الهلع، دون توقع، أصاب ماريا القلق على صحتها حين بدا كأنها فقدت سيطرتها على بعض الأعضاء في جسمها. وتأكد لها أن الأمر لا يعدو أن يكون خللا من الناحية البدنية فيها! وحاولت أن تلتزم التعقل، ولكنها حين وجدت نفسها وسط النوبة التالية من الهلع أيقنت أنها في طريق الموت. لا بد من أنها مصابة بمرض خطير على أقل تقدير. وقررت في البداية أن تؤجل الذهاب إلى الطبيب إذ قدرت أنه سوف يؤكد دون ريب أسوأ مخاوفها، من أنها مصابة بمرض القلب الذي سبق أن قرأت عنه واسمه ضيق الصمام المترالي (Mitral Stenosis)[4].

وأخذت تتخيل المشهد مرات عديدة حين يخبرها الطبيب بإصابتها بمرض خطير. بل إنها قررت كيف تتخلص من ممتلكاتها القليلة. وتصورت الطبيب يخبرها في أسلوب بالغ الجد أنها مصابة بضيق الصمام المترالي. وقدرت أن تسمية المرض وتحديده يقلل الخوف منه، ويجعله أكثر تحديدا وادعى إلى التنبؤ بتطوره. وظنت أن الأسماء الطبية مفيدة في أنها تعلو في مستواها على الكلمات العادية. فهي أهل للاحترام وتوحي بالقوة. وأنت حين تسمع الطبيب يلفظ الكلمات تدرك أن وراءها قوة غامضة تدعو إلى الثقة على نحو ما. لكنها كانت-في الوقت نفسه-لا تريد أن تسمع أنها ستموت في سن الشباب، فهي لم تعش حياتها بعد. وخيل إليها أنها تسمع الواعظ في جنازتها يشبهها بالزهرة التي قطفت في تمام ريعانها.

ثم ذهبت أخيرا إلى طبيب العائلة، وأنصت إلى حكايتها في صبر، وكانت في غرفة الانتظار تحس بالدوار من كثرة ما تردد في نفسها من هذه الخواطر. فحصها الطبيب بدقة وعناية، وبدا أنه استغرق زمنا أطول عند الكشف على قلبها الذي تزايدت سرعته حين استمع إليه. وأحست باحتقان وجهها، ولكنها كانت ترجو ألا يلاحظ ذلك. ترى ما الذي كان يفكر فيه؟ وماذا سمع؟ ولماذا لم يقل شيئا؟ لا بد من أن معنى ذلك شيء سيئ.

ثم قال في النهاية إنه سوف يطلب بعض التحاليل. «هل يعني ذلك أن الأمر خطير؟» ذاك ما سارعت إلى قوله قبل أن تمسك لسانها. وأخبرها أنه لا يبدو هناك أي دليل واضح على عملية مرضية محددة، ولكنه سيطلب

رسما كهربائيا للقلب وبعض التحاليل المعملية الروتينية. وضرب لها موعدا آخر بعد ثلاثة أيام حين تعود إليه النتائج جميعا.

وعرفت ماريا أنها ستنفق الأيام الثلاثة التالية بلياليها في قلق من أنه حدد لها موعدا آخر حتى ينبئها بالأخبار السيئة. وكانت في تلك الأيام الثلاثة لطيفة بشكل خاص مع كل إنسان. كانت تود أن يذكرها كل إنسان بالإعجاب بعد وفاتها. وتزايدت في نظرها قيمة كل لحظة من لحظات النهار. وظنت أنها كانت ستعيش حياة مختلفة لو أنها عرفت من قبل أنها ستموت صغيرة السن. ترى كيف يمكن أن تقضي بقية حياتها على أحسن وجه؟ لقد فرضت على نفسها الاستسلام. وأحست بسكينة غريبة خلال تلك الأيام الثلاثة بعد شهور من الفزع والهلع.

لكنها عندما رجعت إلى عيادة الطبيب، أخبرها بأنه ليس هناك أي خلل خطير، فكل كيمائيات الدم تقع في الحدود الطبيعية. والمشكلة الوحيدة هي زيادة سرعة القلب مع بعض الضربات الزائدة في رسم القلب الكهربائي التي فسرها بأنها لا تعد خطيرة عند أي إنسان في مثل سنها ليس لديه أي دليل واضح آخر على مرض القلب، وكل ما تدل عليه أنها تمر بنوبة عصبية.

وأحست ماريا بخيبة الأمل. وذكرت للطبيب أنها حسبت نفسها مصابة على التأكيد بمرض خطير، ذلك بأنها تعرضت لنوبات كانت فيها على يقين من الموت، ولكن الطبيب اكتفى بنصحها أن تأخذ الأمور ببساطة لفترة من الزمن، وأن تحاول الابتعاد عن أي ضغوط نفسية. وأوضح لها أن الضغوط لا يمكن أن تسبب أي أذى خطير، وأن في استطاعتها مجرد تحديد موعد مع سكرتيرته في أي وقت تشاء للتحدث عن مخاوفها.

شعرت ماريا بالحرج. لقد فعل الطبيب كل شيء بطريقة صحيحة على كل حال إذ فحصها جيدا، وأظهر اهتمامه حقا في صبره ومساعدته، ولكنها كانت ترى أنه يعدها مجرد مريضة عصابية أخرى تعاني توهم المرض، وأن أعراضها مجرد أعراض سيكوسوماتية. وأحست بجرح في كبريائها.

وبعد يومين أصابتها نوبة سيئة من الهلع دهمتها من حيث لا تحتسب. فعجزت عن التنفس الصحيح وأخذت تنهق في طلب الهواء. وكانت تختنق. وعرفت أنها لا بد من أنها ستموت في هذه المرة بالتأكيد، وفي ومضة

خاطفة فقدت الثقة في طبيبها. كيف تسنى له أن يقول إنها لا تعاني أي خلل خطير؟ ها هي تموت. وبدا لها أنها تواجه الموت الحقيقي، كان عقلها وجسمها جميعا يدخلان في بعد آخر من الخبرة. وكان كل شيء يتحول إلى الشحوب. وأحست برغبة يائسة في النجاة. وبدأت تجادل الله، على الرغم من أنها لم تكن شديدة التدين في أحوالها العادية. لكنها كانت الآن يائسة، وعاهدت الله لئن أنقذها في هذه المرة فسوف تهب نفسها له، فتكون أفضل خلقا، وتشارك في الأعمال الخيرية، وتؤدي أي شيء. وأخيرا مرت نوبة الهلع في النهاية، واحتفظت بحياتها.

ولم تتغير حياتها كثيرا عما كانت عليه من قبل، ولكن هذه الجلسات من الجدال كانت بداية لبعض الطقوس اليومية. فكانت تبارك نفسها كل صباح سبع مرات قبل خروجها إلى العمل، سبع مرات لا تزيد ولا تنقص، فإذا هي لم تؤدها بالرقم الصحيح والطريقة الصحيحة انتهى بها الأمر إلى القلق والخوف. وكانت عندما تعد نفسها للنوم ليلا تتأكد من قفل الغاز خمس مرات بالضبط وبعد أن تنام على السرير كانت تنهض وتتأكد مرة أخرى. وكانت في كل مرة تحس أنها تأكدت تماما وبصورة صحيحة ولكن الشكوك الدائمة تظل مع ذلك تساورها. هل تأكدت حقا وبصورة صحيحة ترى ماذا يحدث لو أنها لم تكن قد فعلت فتختنق في نومها. لقد كانت هذه الشكوك تستمر وتستمر بحيث تحول بينها وبين النعاس. ولذلك كان أيسر عليها أن تنهض وتستسلم للشكوك لتبعدها عن طريقها حتى تستطيع النوم.

ومع كل نوبة من نوبات الفزع زادت شكوك ماريا في قدرة طبيبها على التشخيص. وحيث إن النوبات ظلت باقية مستمرة فقد آن الأوان بالتأكيد لمشورة طبية أخرى. إنها ستذهب إلى الأخصائي في هذه المرة، ولأن قلبها كان سببا في قلقها، قررت أن تستشير أخصائيا في أمراض القلب. وحددت موعدا مع رئيس الأخصائيين في مستشفى الجامعة. ولم تخبره بسابق زيارتها لطبيب العائلة فقد كانت لا تريده أن يكون متحيزا.

وأجرى الأخصائي جميع التحاليل نفسها مرة أخرى، بل زاد عليها بعض التحاليل الأخرى، وطلب تصويرا للقلب بالصدى Echocardiogram في بعدين، وهو الاختبار الأكيد لحالة شك في إصابتها بها. وكان اختبارا طريفا، إذ كانت تستطيع أن ترى صورة صمام الميترال في قلبها على شاشة التلفاز.

وقد سمح لها الطبيب الذي آجري الاختبار أن تشاهد العملية كلها وكان من اللطف بحيث إنه شرحها جميعا. رأى أن قلبها في صحة طيبة وأعلن أن قلبها قوي إلى حد يمكنه من الحياة خمسين سنة أخرى. وكانت رؤية العملية كلها على الشاشة سببا في اطمئنانها على نحو ما. فكان قلقها على قلبها أقل بعد ذلك. وقيل لها إنها مصابة بعصاب القلب أو مرض داكوستا (Da Costa's Syndrome).

وفي الأسبوع التالي أصابتها نوبة أخرى من الهلع. وكانت نوبات الدوخة سيئة في هذه المرة، وشعرت بخدر وتنميل في ذراعيها أديا إلى خوفها. وظل الجانب الأيمن من جسمها خدرا ضعيفا فترة من الزمن بعد النوبة. وظنت أن السبب هو مرض التصلب المتعدد[5] (Multiple Sclerosis) أو أنه شيء أسوأ من مرض التصلب الضموري العضلي الجانبي (amiotrophic lateral sclerosis) وكلاهما من الأمراض العصبية يشتد مع الزمن ويعرض المصاب للموت كما قرأت هي عنهما. وعلى ذلك قررت أن تستشير أخصائيا في الأمراض العصبية.

وتعرضت في هذه المرة لمجموعة مختلفة تماما من الاختبارات مثل دراسات التوصيل العصبي، وبزل السائل النخاعي، واختبارات متخصصة في الدم للبحث عن نوع من المواد التي تزيد كميتها كثيرا عند الإصابة بالتصلب المتعدد. ثم أجرى لها فحص مقطعي للمخ بالأشعة بواسطة الحاسب الإلكتروني (Computerized axial tomography) وهو المعروف بفحص (CAT scan CAT). وكان هذا الفحص كما وصفوه أشد حساسية من الفحص بأشعة اكس العادية للدماغ. واستدعى ذلك التقاط المئات من صور قطاعات في المخ على مستويات مختلفة، ثم يؤلف بينها الحاسب الإلكتروني لبيان صورة كاملة للمخ وصورة أفضل للأنسجة الرخوة للمخ والجمجمة كليهما. ووجدوا أنها غير مصابة بالتصلب المتعدد أو بالورم في المخ. فكانت من الناحية العصبية سليمة تماما.

كانت ماريا تتعلم أثناء العملية، ولم تكن تدري أن لدى الطب أساليب غريبة كثيرة جدا للتعمق في العمليات الداخلية للجسم. وأحست بالإعجاب نحو العبقرية التي اخترعت هذه الأدوات المتكشفة. وكذلك أحست بالصدمة حين تلقت قائمة التكاليف الطبية. ودفعت شركة التأمين ثمانين في المائة

منها، وحتى العشرين في المائة من التكاليف كلها استنفدت شهورا عديدة من مدخراتها. لكنها عرفت-على كل حال-أن تشخيص حالتها شيء يسمى الهستيريا التحولية[6] (Conversion Hysteria).

ولما استمر إحساسها بالغصة في حلقها، قررت بعد ذلك أن تستشير مختصا في الأنف والأذن والحنجرة. فربما كان الأمر ورما سرطانيا. وأعلنوا مرة أخرى بعد اختبارات دقيقة أنها سليمة. وظنوا أن ما تشكو منه حالة تسمى الغصة الهستيرية. وهي مجرد شكوى سيكوسوماتية تقع في الحلق.

ولكنها نسيت أن تخبر المختص الأخير بنوباتها من الدوخة وعدم التوازن، ولذلك ذهبت إلى مختص آخر في الأنف والأذن والحنجرة. واشتكت إليه من نوبات الدوخة وعدم التوازن، فاجرى لها مرة أخرى فحصا دقيقا. ولم يظهر أي مرض واضح. وقيل لها في هذه المرة أنها مصابة بالدوار الهستيري (vertigo hysterigue)، وظنوا في البداية أنه مرض مينيير (Meniere's disease) الذي قد تكون له بعض الأعراض المشابهة، ولكن المجموعة الأخيرة من الاختبارات استبعدت ذلك الاحتمال.

وبعد شهر بدأت ماريا تحس بالاختناق مرة أخرى، وظلت تفهق في طلب الهواء، وطلبت آدم بالهاتف في نوبة هلع، وكانت قد بدأت تفعل هذا بكثرة قد تبلغ عدة مرات في اليوم. ولكنها في هذه المرة توسلت إليه أن يأتي بسرعة قائلة: إنها ليست على يقين من بقائها على قيد الحياة عند وصوله إليها. وتردد في أول الأمر، ولكنه أيقن أن هذه المرة أسوأ من المعتاد فهرع إليها. ولما وصل وجدها ملقاة على الأرض فاقدة الوعي ترتجف يداها ورجلاها في تشنجات.

وطلب عربة الإسعاف، وأسرعوا بحمل ماريا إلى مستشفى الجامعة حيث أكدت كل الفحوص الاستكشافية في حالة الطوارئ أنها سلبية. واستردت ماريا وعيها بسرعة، ولكنها كانت كلما استردت وعيها بدأت في التنفس بسرعة وفهقت، ثم أصابها الإغماء ثانية، وأعلن كبير النواب أنها حالة كلاسيكية من إفراط التهوية (hyperventilation) وبين كيف أن طريقة استخدام كيس الورق تؤدي إلى إيقاف الحالة. وبعد عشر دقائق عادت ماريا إلى حالتها الطبيعية المعتادة، ثم غادرت قاعة الطوارئ مع آدم بعد ساعة.

وكان طبيبها الممارس العام قد أخطر بالحادثة، ونقلت إليه الهيئة الطبية في قاعة الطوارئ تفاصيل تنقلها بين الأطباء كما حدثهم بذلك آدم. وحدد لها الطبيب موعدا ذهبت فيه ماريا وقد امتزج عندها شعور بالحرج والعزم على حسم المشكلة مرة واحدة إلى الأبد، وأخبرها أنه لا يريد لها أن تنفق وقتها ومالها في إجراء الأبحاث الطبية المستفيضة غالية الثمن بينما المشكلة واضحة جلية أمام كل إنسان. وذكر أن هناك حالة أو حالتين من الاضطرابات الطبية الأخرى النادرة يمكن أن تظهر أعراضها بصور مشابهة لحالتها، أما الحالة الأولى فهي فيوكروموسيتوما (Pheochromocytoma) وهي ورم نادر في غدة الأدرينالين يفرز حالة التسمم هورمونا)، بينما الحالة الثانية هي الدرقي (thyrotoxiicosis). وبين أنه سوف يحيلها إلى مختص بالغدد الذي يتخصص في هذه الأمور وليفحصها بدقة بحثا عن هذه الاضطرابات. ولأنها تشكو من أعراض في الأمعاء فسوف يرسلها إلى مختص بالجهاز الهضمي الذي يتخصص في شكاوى البطن حتى يتقصى نوبات الإسهال التي تصيبها في مزيد من التفصيل، وحتى يستبعد أمراضا نادرة مثل مرض الورم الشبيه بالسرطان (Carcinoid Syndrome)، وهو ورم في الأمعاء يفرز هورمونا. ولكنه طلب منها الموافقة على استشارة مختص بالطب النفسي إذا لم يظهر شيء في هذه المجموعة الأخيرة من الاختبارات.

وكان مختص بالغدد منهجيا منظما تماما في إجراء الاختبارات اللازمة لكل احتمال تلو الآخر، واستبعد كل الاحتمالات. لكنه وجد أن لديها انخفاضا في سكر الدم بعد انقضاء أربع ساعات من إجراء اختبار تحمل الجلوكوز (glucose tolerance test)، وهي حالة تسمى انخفاض نسبة السكر الأولى (idiopathic hypoglycemia). وقال إنها لن تسبب لها أي ضرر خطير، ولكنه أوصاها ببعض النصائح الغذائية للتخفيف من المشكلة. وأخيرا وفقت ماريا إلى أن تجد في نفسها نتيجة غير سوية. لذلك طلبت نسخة من نتائج اختباراتها، حتى يكون معها من الوثائق ما يشهد بأن بها نوعا من الخلل أو العلل.

وكذلك ذهبت إلى مختص بالجهاز الهضمي، فلم يجد أي مرض، ولكنه سمى حالتها القولون المتشنج، وأوصى بأدوية تساعد القولون. وعرفت أن المادة الفعالة في هذه العقاقير كانت دواء قديما سقى الأتروبين أو البلادونا

(atropine or belladonna)، وقد اعتادت النساء في إيطاليا من زمن بعيد على وضع الدواء في عيونهن لتوسيع حدقاتها لتظهر أشد جاذبية فيما يحسبن، ومن هنا جاءت التسمية بلا دونا : (bella donna) بمعنى السيدة الجميلة. كما يوسع الدواء الأمعاء أيضا وبهذه الطريقة يعالج التقلص في القولون.

وكانت ماريا قد وعدت طبيب العائلة باستشارة مختص بالطب النفسي إذا لم يظهر شيء ذو بال في اختباراتها.

وأحست-بعد كل هذه الاستشارات الطبية-بالدوخة من كثرة التشخيصات التي قدمها الأطباء إليها. فأيها يجب أن تثق به؟ فلم يتفق اثنان على التشخيص ذاته. لكن ذلك زاد من شعورها بالانزعاج للموضوع. ولعل لدى الطبيب التالي تشخيصا آخر يكون التشخيص الصحيح حتى يمكن التوصل بذلك إلى الإجراء العلاجي المناسب.

والواقع أنها ذهبت أخيرا إلى مختص بالطب النفسي (psychiatrist) وسمعته خلال شهور العلاج يشير إلى حالتها بأسماء كثيرة: عصاب القلق (Anxiety neurosis)، «الهستيريا hysteria»، «توهم المرض Hypochondriacs»، «اضطراب تفكك الشخصية depersonalization disorder» «الضعف العصبي neurasthenia»، «اضطراب بدني من عوامل نفسية Somatization»، «اضطراب تحولي Conversion disorder»، كما أن مختصا آخر في الطب النفسي طلبت مشورته سمى حالتها «اضطراب الهلع panic disorder». ثم قابلت بعد وقت طويل من مرضها اثنين من المختصين النفسيين Psychologists. سمى الأول حالتها بأنها عصاب المخاوف المرضية Phobic neurosis، أما الثاني فسماها «المخاوف الاجتماعية المرضية Social phobia، أو المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة agoraphobia في أوقات مختلفة. وكانت هناك أسماء أخرى أكثر من ذلك.

وفي تلك الأثناء زادت حالتها سوءا باستمرار. لم يجد واحد من المعالجين أو الأطباء شيئا خطيرا يمكن أن يتفقوا جميعا عليه، وأصبح من واجبها حينئذ أن توفر مالها. ولو أنك نظرت إلى ما تكبده الأطباء في سبيلها وإلى الاتصالات الهاتفية العديدة التي أجرتها معهم لحكمت بأنهم كانوا على درجه ملحوظة من العطف والصبر والتسامح. ولكنها لم تشعر قط أن أي واحد منهم قد فهم حقا حالتها من الداخل، أو كانت لديهم إجابة حقيقية

عليها. وبدا لها أن المشكلة لا تتعلق بالأطباء وإنما ترجع المسألة إلى أن العلوم الطبية لما تصل من التقدم التكنولوجي (technology) إلى ما يكفي لسبر غور هذا المرض تماما.

إن تطور ماريا خلال هذه المرحلة من المرض يعتبر أمرا نموذجيا، إذ يصبح الانشغال القهري بالصحة محور الاهتمام. وقد أظهرت إحدى الدراسات أن كل المرضى سبق لهم أن استشاروا طبيبا في أعراضهم، وأن سبعين في المائة منهم استشاروا عددا يزيد عن عشرة أطباء. كما استشار خمس وتسعون في المائة منهم أحد المختصين بالطب النفسي للتخفف من أعراضهم، ومع ذلك ظلوا جميعا قد أعجزهم مرضهم. وبعد سلسلة من نوبات الهلع تجد أغلب المرضى تظهر عليهم مجموعات كبيرة من الأعراض يطلق على كثير منها الأعراض الهستيرية، أو السيكوسوماتية، أو المخاوف المرضية (وهي أنماط من سلوك التجنب، والانشغال الزائد بصحتهم (توهم المرض) بالإضافة إلى القلق والخوف.

كذلك نجد عند المصابين بمرض القلق عشرات من الأعراض المختلفة التي تؤثر في أعضاء عديدة مختلفة من الجسم. وهذا يواجه الطبيب بمشكلة عسيرة في الوصول إلى التشخيص. فإن التنوع الشديد في الأعراض المختلفة التي نواجهها في مريض القلق تجعل من القلق شبيها إلى حد كبير بأمراض أخرى تقابل ممارس مهنة الطب. وهذا هو ما يدعو الأطباء إلى إجراء بحوث غالية الثمن، ويدفع المريض إلى التماس كثير من الاستشارات عند مختلف المختصين. ثم إذا عجز المختص عن أن يجد أساسا جسميا شاذا للأعراض تراه يميل إلى نوع من التشخيص يتفق مع تخصصه واهتماماته.

وقد جذبت حالة ماريا كثيرا من لافتات الأسماء الشائعة على امتداد سنة أو نحو ذلك. ويكون حل الخلط في التشخيص حينما يتم تقويم كل أعراض المريض جميعا بحيث ننظر إلى النمط العام بوصفه كلا مجتمعا لا بوصفه مجموعة من الأجزاء المتفرقة. وقد تأتي أعراض المريض الكثيرة المتنوعة من زوايا مختلفة وتسبب أشياء مختلفة في الوقت ذاته وقد تبدو جميعا كأنها وحدات متفرقة. لكنه مع ذلك، من الخطأ أن نعد الأعراض علامات على أمراض متفرقة، إنما تحقيق التكامل بينها في وحدة واحدة

يبدو معقولا بدرجة أكبر.

ومرض القلق نفسه قديم قدم التاريخ الطبي المدون. ولقد اجتذب أسماء واسعة التنوع، أو مقولات مختلفة من التشخيص خلال القرون، كان ذلك عادة نتيجة التركيز على عرض أو عرضين واعتبارهما مرضا بذاته. وكان أغلب حالات مرض القلق خلال معظم القرن الماضي يسمى «الهستيريا». وهذه الكلمة مشتقة من كلمة إغريقية تعني الرحم. فقد كانت الحالة تصيب النساء في سن الحمل بصفة رئيسة، ولذلك اعتقدوا أنه سببها الرحم المتجول: فإن الرحم قد يتجول في حالات خاصة إلى مكان مختلف في الجسم، ويزيد بذلك من ازدحام الأعضاء في ذلك ازدحاما يستثير الأعراض.

إن هناك مشكلة في كل علم من العلوم الطبيعية عند ما يتم وصف شيء ما لأول مرة. فهو يدرس في وقت معين ويوصف بالتفصيل، ثم يظل هذا الوصف ثابتا. لكن وصف العملية الحيوية نجده يخرج من نطاق تطورها الطبيعي على طول الزمن وبذلك يفترض أن كيفية ظهورها في وقت معين ستظل على هذا النحو من الظهور في كل الأوقات الأخرى. وعلى ذلك تعتبر العملية الواحدة حالات مستقلة مختلفة متعددة، وتصبح كل مرحلة وحدة مستقلة بذاتها، وإن كانت العملية الواحدة تمر في مراحل عديدة في تطورها الطبيعي.

والحقيقة أن التطور كله-خلال مراحل عديدة-ينبغي اعتباره عملية واحدة تتغير على مدى الزمن. ويوضح تقسيم سمك الببغاء Parrot fish في جزر هاواي هذه المسألة.

لعل أي إنسان ذهب لقضاء إجازة في هاواي، واستخدم جهاز الغطس تحت الماء قد شاهد أسماك الببغاء. وهذه الكائنات الكبيرة اللطيفة الزاهية تسبح في أفواج متموجة الألوان الخضراء في زرقة أو الرمادية أو البنية فوق الصخور. وهي ترعى غذاءها بين شعاب المرجان مثل الأبقار. وعندما رآها علماء البيولوجيا البحرية أول مرة وصادوها ووصفوها، ظنوا أنهم سجلوا أكثر من ثلاثمائة وخمسين نوعا منها. ثم لاحظوا حديثا أن أسماك الببغاء تتعرض لتغيرات لونية بالغة، بل تتعرض لتغيرات جنسية أثناء تطورها نحو البلوغ. فكثير من الأنواع تمر في تطورها خلال ثلاث مراحل لونية مختلفة تتضمن ألوان الصغار من الأسماك ثم الكبار ثم المرحلة اللونية

الأخيرة. وغالبا ما يشترك الذكر والأنثى في نمط اللون نفسه.

لكنك تجد بعض الذكور والإناث التي تغير جنسها تبلغ مرحله نهائية من «الذكورة العليا» وفيها تبدي ألوانا مختلفة كألوان الطاووس. وقد أدى هذا بعلماء البيولوجيا الدارسين إياها إلى إعادة تصنيف أسماك الببغاء بتخفيض عدد الأنواع الحقيقية إلى نسبة بسيطة من العدد الأصلي وهو ثلاثمائة وخمسون نوعا. ومازال عدد الأنواع يتناقص بعد أن ظهر أن الأسماك المختلفة التي ظنوا سابقا أنها أنواع مختلفة إنما هي في الحقيقة أنواع بعينها من السمك ذاته لا تختلف إلا من حيث الذكورة أو الأنوثة أو الشباب أو الرشد.

ومرض القلق كان يصنف في الماضي إلى أنواع عديدة مثل القلق والخوف والأعراض الهستيرية حين كان في الواقع حالة واحدة (أو عددا قليلا من الحالات) تمر خلال مراحل عديدة أثناء تطورها على طول الزمن. ونحن نصف في هذا الكتاب سبع مراحل في تطور مرض القلق. وكان المظنون في السابق أن كل مرحلة من هذه المراحل تمثل اضطرابا مستقلا: فحين كان المرضى يراجعون الأطباء في مراحل مختلفة كانوا يخلعون عليهم تشخيصات مختلفة، وقد كانت مقولات التشخيص تستخدم تبعا لنوع الأعراض التي يختارها المرضى لاطلاع الأطباء عليها، وكذلك تبعا لنوع تخصص الأطباء الذين يكاشفونهم بها. ولعل تقسيم هذه الحالة الواحدة إلى سبع مراحل هنا إنما هو محاولة للتوفيق بين وجهات النظر العديدة المختلفة سابقا. فالفكرة المتكاملة في أن هذه المراحل هي في الواقع مرض واحد فكرة بسيطة واضحة. وهي تساعد على تفهم شيء يحسبه المرضى والأطباء جميعا أمرا مشوشا محيرا.

أما مرحلة توهم المرض فهي مرحلة من بضع مراحل يمر بها معظم المصابين بمرض القلق. وكل مريض يمر بها يفعل ذلك بطريقته الفريدة. من ذلك مثلا أن إحدى المريضات كان يزعجها بصفة خاصة ما تجده في وسائل الإعلام كالجرائد أو التلفاز من فقرات عن الموضوعات الصحية. ونادر ما كان ينقضي عليها يوم دون أن تصادف الإشارة كلمة تحتوي على خوفها المرعب: السرطان. وعلى الرغم من أنها كانت تتفادى الكلمة، إلا أنها كانت تجد نفسها مشدودة إليها بجذب مغناطيسي على حين كان

الآخرون يمرون بها دون ملاحظة، وكان هذا سببا في أن يسرع دق قلبها. وكانت عائلتها ممنوعة من ذكر الكلمة في أي موضع، بل إن المناقشات في التنجيم كانت تزعجها لأنها تعلم أن برج السرطان واحد من أبراج التنجيم. وكانت إذا ثار قلقها بدأت تفحص ثدييها، وكان هذا الفحص عملية تستغرق وقتا طويلا، ذلك لأنها كانت مصابة بمرض الحويصلات في ثدييها (cystic disease) (وهي عقد صغيرة تجيء وتذهب) لأن ثدييها كانا كبيرين. وكانت تركز انتباهها على العقدة وهي على يقين من أنها عقدة سرطانية بالتأكيد، ثم تصر على أن يكشف الطبيب عليها في غضون أربع وعشرين ساعة. ولجأ الطبيب في البداية إلى الفحص الباثولوجي (biopsies) وذلك باستئصال بعض العقد جراحيا للفحص، ثم ظهر أنها سليمة، وقرر بعد ست عمليات أن الاستمرار في الفحص الباثولوجي ليس في مصلحة المريضة. ولكنها استمرت على نفس المنوال لبضع سنين إلى أن تم علاجها بنجاح من مرض القلق الذي كان هو محور المتاعب.

إن هذا السلوك من توهم المرض قد يعكس-في التحليل الأخير دافعا يائسا للخائفين من الناس يدعوهم إلى التماس العون وإلى حماية أنفسهم من الرعب الذي لا يمكنهم تحديده أو فهمه.

7 المرحلة الرابعة: المخاوف المرضية المحدودة

Limited Phobias

بعد أربعة شهور من نوبة الهلع الأولى كانت ماريا أثناء العمل واقفة في المصعد. وكان المصعد مزدحما عندما دخلت فيه، فانحشرت تجاه أحد الجدران وكان الجو خانقا جدا. وفجأة دهمتها نوبة هلع من تلك النوبات الشاملة دون إنذار. وأحست لحظة برغبة في الصراخ، وحسبت أن زمام أمرها يفلت منها. وأحست بضرورة الخروج. ماذا يحدث لو انقطعت الكهرباء وانطفأت الأنوار وتعطل المصعد؟ وخرجت بسرعة عند الدور التالي. واحتاج الأمر منها إلى بعض الوقت حتى تهدأ. وحاولت بضع مرات أن تستخدم المصعد ثانية، ولكن عقلها كان يمتلئ بالأفكار السلبية في كل مرة تقترب فيها من المصعد. ماذا يحدث لو تعطل؟ ماذا لو كان شديد الزحام؟ ماذا لو كان الجو خانقا ولم تفتح الأبواب؟ وعندئذ أخذت يداها تعرقان كما جعلت تشعر بعقدة تهتز في جوفها. وتزايدت سرعة قلبها وشعرت بالخشية من أن يستثير ذلك نوبة هلع

كبيرة.

وكان من الأيسر أن تصعد الدرج. ولكنها كانت في كل مرة تتفادى المصعد ينتهي بها الأمر إلى مزيد من الصعوبة في استخدامه. كان قلق التوقع قد بدأ من قبل ذلك ثم زاد في التضخم. وبدا أن تجنب المصعد يزيد من حدة المشكلة. وسرعان ما أصبحت لا تكتفي بتجنب المصاعد، بل لقد وصل بها الأمر إلى أنها لم تعد تفكر في احتمال استخدامها مهما كانت الأحوال.

على أن استمرار نوبات الهلع يؤدي إلى أن ينشأ عند معظم المرضى، بعد ذلك بقليل أو كثير، نوع أو أكثر من الفوبيا أو المخاوف المرضية. ومن الواضح أنه ليس كل المخاوف المرضية بين عامة الناس ينشأ على هذا النحو. وإنما نحن نصف هنا التطور المعهود للأحداث في مرضى القلق أي أن الأمر متصل بنشأة المخاوف المرضية في حالة مرض القلق فقط. ونقول بصفة عامة إنه كلما زادت نوبات الهلع غير المتوقعة شدة وتقاربا، وجدنا المخاوف المرضية أو الفوبيا تنشأ وتظهر بسرعة.

والمخاوف المرضية الأولى التي تظهر عند أغلب المرضى متنوعة. فبعضهم يخشى الرطوبة والحرارة، بينما يخشى الآخرون الثلج والمطر، أو الأماكن المفتوحة، والأماكن المغلقة. والسبب بسيط في هذا التنوع. فهو يعتمد- عادة-على المكان الذي اتفق وجود المريض فيه حين بدأت أول نوبة شديدة مفاجئة من الهلع. فإذا وقعت النوبة في كنيسة اتجهت مخاوفه إلى الكنائس، وإذا حدثت في مترو الأنفاق صار يتجنب الأنفاق. إن أي مكان أو أي شيء يتفق وجوده حين تحدث نوبة الهلع قد يصبح المثير لخوف جديد، مثل الوجود في الأماكن المفتوحة، أو الأماكن المغلقة،أو المطر، أو الحر، أو الثلج، أو تناول شرائح اللحم، أو وجوده منفردا، أو الوجود في الزحام، أو في البنايات العالية أو في مترو الأنفاق، أو على الطرق السريعة، أو الضياع في طرق الريف الملتوية.. . والنتيجة أن يصبح القلق متعلقا بالمواقف أو الأشياء عن طريق الارتباط معها. وإذا تكرر وقوع نوبات الهلع التلقائية في نفس الموقف، زاد الاحتمال في ظهور المخاوف المرضية في مثل هذا الموقف وزاد احتمال استمرارها، ثم تجد المريض يتحاشى الموقف. فإن من الطبيعي أن يتحاشى الإنسان أي شيء يرتبط بزيادة القلق.

وكذلك يبدو طبيعيا أن يداوم الإنسان على الإكثار من عمل أي شيء يرتبط بالإقلال من القلق. ذلك أن القلق يتزايد أو يبلغ الذروة أو يتناقص. وهو عندما يبلغ الذروة يبدأ الناس في الهرب من الموقف الذي أحسوا فيه بالهلع. وبينما هم يهربون يكون القلق قد بلغ الذروة وأخذ في النقصان ويبدأ شعور الارتياح. فإذا تكرر هذا التسلسل مرات ومرات أخرى، ارتبط الارتياح بالهرب وتحاشي الموقف. وعندئذ يصبح هذا الاقتران نوعا من الارتباط بوصفه إحدى العادات. ويصير الجهاز العصبي مدربا على أن الهرب وسيلة طيبة للشعور بالارتياح. ويكون التقدم نحو ما يثير المخاوف المرضية مدعاة للقلق كما يرتبط الهرب بالارتياح. ويؤدي هذا إلى جعل التجنب أو التحاشي أشد بروزا مع الزمن: فالواقع أن تجنب المخاوف المرضية إنما يؤكد هذه المخاوف ويزيد من تضخمها. على أن هذه ليست الطريقة الوحيدة بالطبع التي يتم بها اكتساب المخاوف المرضية في مرض القلق. فهناك عوامل أخرى عديدة (نشرحها في الفصل الخامس عشر) قد تلعب دورا في بداية المخاوف أو ظهورها. ولكن التقنية (الميكانيزم) (mechanism) التي وصفناها فيما سبق تمثل الطريقة الشائعة التي يصف بها الكثيرون من المرضى كيفية اكتسابهم أشد مخاوفهم المرضية قوة وبروزا.

وغالبا ما يقرر المرضى-بعد ظهور إحدى المخاوف المرضية-أنه أصبح لديهم حينئذ نوعان مختلفان من القلق. أحدهما نوبة القلق التلقائية (غير المتوقعة) (Spontaneous). وأما الثاني فنطلق عليه نوبة القلق المتوقعة (anticipatory).

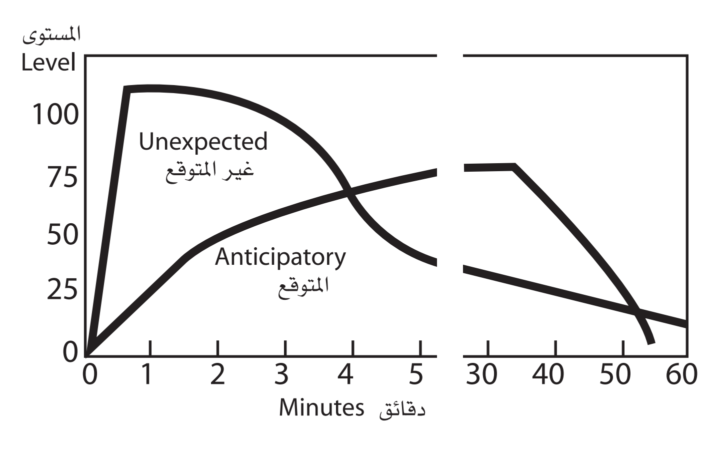
ويوضح شكل 3 الفرق بين النوعين، ففي نوبة القلق التلقائية (أو الهلع) التي وصفناها من قبل، يسري القلق فجأة، دون توقع، وبغير سبب ظاهر، ثم يبدو أنه يستولي على الجسم من قبل أن يدرك العقل تماما كيف يتعامل معه. ثم يندفع القلق نحو ذروة شدته سريعا جدا. ويوضح الرسم البياني أن الشدة ترتفع إلى نقطة أعلى من مائة في المائة. والمصابون بمرض القلق يؤكدون أن هذا بالضبط هو ما يشعرون به: يشعرون وكأنهم دخلوا في بعد آخر من الخبرة، خارج المدى الطبيعي، وأنهم يغيبون، ويفقدون الزمام، ويموتون.

وبلوغ ذروة القلق إلى مستوى أعلى من مائة في المائة في الرسم يوضح

بجلاء أن القلق غير المتوقع شيء يخرج عما سبق للإنسان العادي أن ألفه أو خبره من القلق الشديد. ومثل هذا القلق حين يبدأ تجد له أمدا خاصا به، وطاقة خاصة به كذلك، كما يبدو أنه يندفع من داخل المرء ليتخذ له مجرى خاصا ثم يتناقص بعد بضع دقائق تبدو أمام ضحاياه كأنها الأبدية. ثم يعافى المرضى بعد ذلك بساعة أو نحوها بالتدريج، ولكنهم يظلون يشعرون بالتوتر واستنفاد طاقتهم.

أما نوبة القلق المتوقعة فهي، على النقيض من ذلك، نوع من القلق الذي يحدث عند توقع شيء مخيف من قبل حدوث الخطر الحقيقي. ويشير بعض المرضى إلى ذلك بوصفه أنه قلق من نوع «ترى ماذا يحدث». والفكرة التي تستولي عليهم هي: «ترى ماذا يحدث لو أصابني الهلع عندما أجد نفسي في هذا الموقف؟» والأسوياء من الناس يمكنهم فهم هذا النوع من القلق بسهولة حيث إنهم خبروه عادة. وكثير من الناس الأسوياء يشعرون بشيء من القلق المتوقع قبل أن يصعدوا منصة الخطابة لإلقاء حديث أمام جمع كبير من الناس. وهم كلما اقترب الأوان شعروا بمزيد من عدم الاستقرار وجفت حلوقهم، وتزايدت دقات قلوبهم قليلا، وتعرق أيديهم، ويحسون باضطراب في بطونهم. وربما ارتجفت أيديهم قليلا. ثم يزيد هذا بمرور الدقائق واقتراب اللحظة التي يخشونها.

ويبين الرسم البياني في شكل 3 أن شدة هذا القلق تتزايد بالتدريج.



شكل 3 القلق غير المتوقع والمتوقع

وهي قد تزيد عن ذلك أحيانا، ولكنها بصفة عامة تستقر عند غايتها حول ثمانين في المائة من مستوى الشدة. وهناك عادة شعور يصاحب هذا القلق وهو أنه أمر يقع تحت سيطرة المرء إلى حد كبير. كما أن الإنسان يشعر أنه لو قرر الانسحاب والهرب من الخوف الذي يتوقعه لزايلة هذا القلق بسرعة أي أن هذا القلق ليس فيه ما في نوبات القلق التلقائي من أعراض شديدة غريبة مرعبة.

والمصابون بمرض القلق يتعرضون للنوبات غير المتوقعة في البداية، ثم يكتسبون بالتدريج مزيدا من النوبات المتوقعة بمرور الزمن بعد إن يتعلموا مخاوف مرضية جديدة. لكن الناس الأسوياء لا يمكنهم فهم النوبات غير المتوقعة، وإن كانوا يستطيعون فهم النوبات المتوقعة. وعندما يتم تحالف القوات بين النوبات غير المتوقعة والنوبات المتوقعة نجد المرضى قد دخلوا إلى عالم جديد من العجز المتزايد.

8 المرحلة الخامسة: المراحل المرضية الاجتماعية

Social Phobias

في وقت متأخر ذات ليلة-قبل انقطاع العلاقة بينهما-كتبت ماريا خطابا إلى آدم تخبره برغبتها في إنهاء علاقتهما. ولم يكن السبب راجعا إلى أنها لا تحبه حبا كافيا، ولكنها أحست كأنها تغرق ببطء في بحر من مرضها، وأنها لا تريد أن تهبط به معها.

وكان الداعي إلى كتابة الخطاب عجز ماريا عن مصاحبة آدم إلى عدة مناسبات اجتماعية رغب آدم في ذهابها إليها. وكان يتطلع إلى حضور هذه المناسبات، لكنها لم تجد في نفسها الجرأة على أن تخبره مقدما باحتمال عجزها عن تحقيق ذلك. لقد كانت تمر بها بعض الأيام الطيبة حين تشعر بالاستعداد لمحاولة أداء المزيد من الأعمال. وكانت تأمل أن تقع هذه المناسبات في أيامها الطيبة.

وكانت المناسبة الأولى ليلة عادية من الخروج للعشاء مع بعض أصدقائه المقربين. لكنها منذ أن حدثت تلك النوبات من الهلع والاختناق في المطاعم،

وكانت نوبتها الأولى قد وقعت في أحدها ظلت تخشى تناول الطعام خارج الدار كان الرعب يستبد بها من الاختناق أثناء طعامها. وحتى تقي نفسها ذلك لم تكن تستطيع إلا أن تأكل أطعمة معينة. ثم كان عليها أن تمضغ الطعام المرة بعد المرة حتى تحس بالألم في فكيها. وكان عليها أن تجعل الطعام لينا وأن تستبعد كل الألياف التي يمكن أن تلصق بحلقها وتخنقها. وكان الأمر محرجا. فقد كان الناس يلاحظون تناولها الطعام ببطء ويتساءلون عما إذا كان الطعام لا يروق لها. وكانت تخشى إذا هي أفرطت في المضغ أن يلاحظوا فيتساءلوا عما إذا كان الطعام شديد الصلابة. هكذا أصبحت تخشى تناول الطعام والشراب أمام الناس، واشتد عليها الأمر حينئذ حتى امتنعت ببساطة عن الأكل في الخارج.

وفي مناسبة أخرى كان آدم يتهيأ للحصول على جائزة على عمله في مأدبة سنوية. واتصل بها العديد من الناس للتأكد من حضورها كي تجعل الأمسية مناسبة خاصة له. لكنها مع ذلك كانت تعلم أنها ستكون بؤرة الاهتمام حيث إنها غريبة بالنسبة لأكثرهم. وكانت تريد أن تتجنب مراقبة الناس إياها وحديثهم عنها. ولم يكن قد سبق لها قط أن شعرت بمثل هذا قبل بداية حالتها، بل لقد كانت قديما تحس بالزهو في مثل هذه المناسبات وتتوق إليها. أما الآن فإنها تحس بزيادة حساسيتها وحرجها مع الآخرين، وهي تشعر بتداعي ثقتها بنفسها. ترى هل سيشاهدون قلقها ويشعرون بارتيابها في نفسها؟ وهل سيفلت زمامها فتفعل شيئا محرجا كالإغماء أو الاضطرار إلى الفرار؟

وفي الأسبوع السابق كان عليها أن تشهد على بعض النماذج (الاستمارات) التي وقعها أحد نواب المدير في شركة العمل. وبينما كانت توقع إمضاءها ارتجفت يدها بوضوح، بحيث اصبح من العسير تمييز توقيعها. واشتد إمساكها بالقلم إلى حد أنها شعرت به يحفر في الورق عدة مرات. ولا بد من أن الآخرين قد أدركوا ذلك وهم ينظرون إليها. ولم يكن ثمة-ببساطة-أي سبب يدعو إلى شعورها على ذلك النحو. فقد كانت في العادة تحس بالارتياح التام مع الزملاء في العمل. وقررت أن تعتذر في أدب فيما بعد عن أن تقف أمثال هذه المواقف.

ثم إن مزيدا من المخاوف المرضية يتم اكتسابها بمرور الزمن كلما زادت

المواقف التي تحدث فيها نوبات الهلع التلقائية، ويتعلم الضحايا أن يربطوا بين النوبات وأنواع أكثر وأكثر من المواقف. وهم حين يحاولون تجنب الفزع والنوبات تجدهم يتجنبون ويتحاشون كل المواقف المرتبطة بها. بل إن المريض قد يتفادى المواقف التي تعرضه لضغوط بسيطة أو متوسطة، إذ إنه يخشى أن تكون المواقف الضاغطة البسيطة سببا في زيادة تعرض جسمه لنوبة الهلع. وعندما يسري مثل ذلك الهلع في تلك المواقف-كما توقع سابقا-ينتهي الأمر باشتداد خوفه من هذه المواقف ويؤدي إلى ظهور نوع جديد من المخاوف المرضية.

وسرعان ما ينسحب المريض إلى مناطق آمنة. ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبيل تناول الطعام والشراب، أو الكتابة بين الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركزا للاهتمام. وقد يفضل الوحدة-وهو ممتلك زمامه-على خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين معتمدا عليهم. ويكون الانسحاب-إلى حد العزلة تامة العجز-أمرا جزئيا فقط في هذه المرحلة. ولكن المريض يمكنه أن يشعر بأن المرض يزيد من تقييده وفرض الحصار عليه.

إن ظهور المخاوف المرضية لا يرتبط-ببساطة-بالمواقف التي يصاب فيها هؤلاء المرضى بنوبات الهلع التلقائي فقط. فنوبات المرحلة الأولى-إذا كانت متقاربة متعددة شديدة سيئة إلى درجة كافية-يمكن أن تسبب المخاوف المرضية بنفس الطريقة التي تحدث بالضبط في حالة نوبات الهلع. ومن الراجح بصفة خاصة أن تسبب هذه المخاوف المرضية نوبات الدوخة والإغماء المنذر، وعدم التوازن، واستغراب الواقع والاختناق. ويقرر بعض المرضى أن المخاوف المرضية بدأت بعد ظهور أمثال هذه النوبات من الأعراض، ولكن قبل ظهور نوبات الهلع التلقائي. وحينما يبدأ الهلع يؤدي هذا الأمر إلى سرعة العملية عادة. ومهما يكن من شيء، فإنه يمكن بصفة عامة أن نقول إن هناك تطورا مضطردا تحدث فيه نوبات الأعراض التلقائية، أو نوبات الهلع أولا ثم تظهر المخاوف المرضية فيما بعد ذلك. فالمخاوف المرضية تظهر أثناء واحدة من المرحلتين الأوليين أو قد تظهر في كلتيهما. هاتان المرحلتان الأوليان هما اللب. أما المراحل التالية فهي مضاعفات تظهر نتيجة ذلك اللب.

٩ المرحلة السادسة: التجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية (المخاوف المرضية من الأماكن العامة)[7]

Extensive phobic Avoidance (Agora phobia)

لم تسمع ماريا عن آدم شيئا منذ فترة طويلة بعد سوء التفاهم بينهما حول قلقها. وانهارت حياتها، وبدا لها أن السد الذي يحميها تفجر بعد ذهابه، وكأنما كان وجوده مانعا للكارثة التي خشيت وقوعها زمنا طويلا. وصارت نوبات الهلع أشد وأكثر تقاربا. والواقع أن اكتساب مخاوف مرضية جديدة أصبح بالنسبة لها طريقة حياة، فقد كان لديها منها الكثير، بحيث يمكنها أن تقول إنها تخاف خوفا مرضيا من كل شيء. لكنها لم تكن في الحقيقة خائفة من أي أماكن أو أشياء لما تحمله في ذاتها. وإنما كان شعورها الفعلي أنها تخشى من إصابتها بنوبة سيئة من الهلع التلقائي. وكان ذلك جوهر

الموضوع. ولذلك كان عليها أن تتفادى أي شيء يمكن أن يسبب النوبة أو يكون قد أدى إلى النوبة فيما مضى. وقد أحصت ماريا في أحد الأوقات أكثر من خمسة وثمانين شيئا كانت تخافها خوفا مرضيا. وبدا أن القائمة تزيد وتزيد. حتى أصبحت الآن تتفادى كل الأماكن المزدحمة مثل الأسواق التجارية، أو المحال الكبيرة، والمسارح، والكنائس، والمناسبات الرياضية. أصبحت تخشى كل المواصلات العامة، فلم تعد بعد ذلك تقدر على استخدام (الأوتوبيسات) والأنفاق والقطارات كذلك أضحت تخشى قيادة السيارات إلا سيارتها. بذلك تسيطر على الموقف بحيث تستطيع العودة إذا أصابتها نوبة الهلع. وكانت تجد حرجا في أن تعتذر للآخرين، وتشرح لهم السبب في عودتها لو كانوا يقودون السيارة. وفضلا عن ذلك لم تكن تحب أن تضايق الناس.

ومع ذلك لم تعد تستطيع أن تقود السيارة لأبعد من خمسة أميال عن بيتها. وكانت تخشى القيادة في الطرق السريعة إذ كان هناك شيء ما في الامتداد الفسيح للطريق السريع يعكر صفوها. وكان يلوح لها أحيانا انه ليس هناك سوى السماء حيثما كانت تسير. فكانت تشعر للحظة كأنما توشك أن يمتصها الفضاء العريض في الخارج، هنالك في اللانهاية في أعالي السماء وكانت تدرك أن الأمر غير معقول. ومع هذا كان هذا هو إحساسها وإن كانت ترغب في اجتنابه. كذلك كانت تشعر وكأنها محتبسة في الأماكن المغلقة، أو بوقوعها في الشرك. وعلى الرغم من أنها كانت تفخر وتعتز بنزعة الاستقلال عندها، إذا بها الآن تخشى من أن تنفرد بنفسها في بيتها، بل إنها فكرت في الإعلان عن حاجتها إلى رفيقة في السكن كي تعالج هذا الخوف. ثم لاحظت من عهد قريب أنها تكون أقل قلقا في بعض غرف منزلها من البعض الآخر. فإلى أي مزيد من الانحصار يمكن أن تصير؟ وماذا يحدث لو أنها صارت تخاف من عملها بحيث تضطر إلى التخلي عنه؟ وما كانت تريد التفكير في الأمر، لكنها كانت شديدة العزم على استبعاد ذلك. وبدأت تشعر إزاء كل هذه الأنواع من الفوبيا أو المخاوف المرضية أنها قد بلغت آخر الشوط أو نهاية المطاف. وكلما استمر المريض في معاناة نوبات أكثر من القلق غير المتوقع رأيناه يكتسب عددا أكبر من المخاوف المرضية أو الفوبيا ونجد أن عددا أكبر من المواقف قد

أصبحت تؤدي إلى القلق المتوقع فيتجنبها وهكذا يزيد القلق، وتنتشر المخاوف، وتقل الثقة بالنفس. وكلما أزمنت نوبات الهلع، وكلما تقاربت واشتدت في حدوثها ازداد عدد المخاوف المرضية المكتسبة. بل لقد يبلغ الانسحاب عند المرضى في بعض الأحيان حدا كاملا بحيث ترى المريض يحبس نفسه في غرفة واحدة من غرف منزله وقد حدث في إحدى الحالات أن تركت سيدة عملها وأصبحت محصورة تماما في بيتها بعد أن تعرضت عدة سنوات لنوبات الفزع. فكانت تخشى الخروج لأي سبب حتى الذهاب إلى صندوق بريدها القائم في مدخل الدار. ولم يقتصر الأمر على ذلك فحسب، بل إنها انحصرت أخيرا في غرفة واحدة من غرف بيتها، بل إنها اقتصرت على قطعة واحدة من الأثاث في تلك الغرفة. بدأت تشعر أنها مضطرة إلى الجلوس ساكنة على كرسي وثير إلى جانب سريرها فإن هي ابتعدت عن هذا الكرسي ولو في اتجاه باب غرفة نومها، جعل شعورها بالقلق يتزايد. وكان الحمام في نهاية القاعة التي تلي غرفة النوم، وكان الوصول إليه من أشق الأعمال اليومية الروتينية حتى لو برحت بها الرغبة في الذهاب فكانت تنتظر. وكانت تعاني من ضيق متزايد نتيجة المثانة الممتلئة بدلا من مواجهة المشقة في الذهاب، فلا بد من أن يكون الدافع الطبيعي لديها شديدا جدا حتى يغلب الخوف. وكان الهاتف إلى جوار سريرها. فكانت تطلب زوجها كثيرا أثناء النهار، وتضرع إليه أن يعود إلى البيت. وكان يحضر لها العشاء كل مساء، ويحمله على (صينية) إلى غرفة نومها حيث يأكلون معا هناك، فلم يكن يدري ما يصنع غير ذلك. وفي العادة يدعي المرضى بأنهم مصابون بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة agoraphobic عندما يكتسبون عدد كبيرا من المخاوف المرضية، ويكونون رهائن البيت أو مقيدين إلى درجة لا تدع لهم إلا بضعة مواقف جديدة يخافون منها. ويرجع أصل كلمة أجوارفوبيا agoraphobia إلى كلمة إغريقية هي (أجورا agora) وتعني مكان السوق أو مكان التجمع. وكان أمثل هذه الأماكن من التجمع في بلاد الإغريق أسواقا مزدحمة في الهواء الطلق عادة. ولهذا السبب يفسر البعض كلمة أجورافوبيا تفسيرا ضيقا جدا بحيث تعني الخوف من الأماكن المفتوحة. لكن معناها الحقيقي أوسع من ذلك، فهي تشير إلى المخاوف من الأماكن المزدحمة، أو أماكن التجمع، أو

هي تشير في أجوائنا الباردة إلى الخوف من الأسواق الكبيرة (السوبر ماركت) والأحياء التجارية. وعندما يصل مختصو الطب النفسي (Psychiatrists) أو المختصون النفسيون (Psychologists) إلى هذا التشخيص يجدون أن المرضى يخافون شيئا واحدا أو أشياء عديدة مختلفة، فهم يخافون الابتعاد عن المنزل (أو أي منطقة آمنة أخرى) منفردين، ويخافون ركوب المواصلات العامة، والسفر في السيارة والذهاب إلى الأماكن المزدحمة، والوجود في الأماكن الواسعة المفتوحة، أو البقاء منفردين. وعندما سميت الحالة كان اختيار كلمة أجورافوبيا (agoraphobia) راجعا إلى أنها تمثل أحسن تمثيل كل المخاوف العديدة التي يعانيها المريض في ذلك الحين. ومن الغريب أن الأعراض المحددة للأجورافوبيا ليست أكثرها شيوعا بل إنها ليست المخاوف الجوهرية التي يشترك فيها المصابون بمرض القلق، وإنما النوع الأكثر شيوعا وأهمية هو الخوف الذي يمكن أن نطلق عليه «الخوف من الخوف Phobophobia» وهو الخوف من الإصابة بنوبة أخرى من الهلع غير المتوقع. وهذا هو في العادة الخوف الذي يكون أكثر شدة والذي نراه يوجه سلوك المريض بدرجة أكبر من غيره من أنواع الخوف الأخرى. والذي ينبغي أن يكون واضحا -فيما يتعلق-باكتساب المخاوف المرضية-أن مرحلة المخاوف المرضية من الأماكن العامة هي نهاية الطريق. ولأن كلا من المرحلة السادسة (الفربيا الاجتماعية) والمرحلة السابعة (الأجورافوبيا) متقاربتان زمنيا نجد أن هناك ما يبرر إدماجهما في مرحلة واحدة من «التجنب الفوبي الواسع Extensive Phobic Avoidance» وغالبا ما يكون عسيرا على الناس الأسوياء أن يتصوروا-دع جانبا أن يفهموا-شدة بعض هذه المخاوف. ولنتصور حالة أحد مرضاي واسمه جاك Jack. كان مصابا بقلق مفرط طوال النهار» لعدة سنوات وكان يتخلل هذا وخزات من الهلع. وقد ألححت عليه بشدة أن يجد أشياء لا يشعر نحوها بالفوبيا حين طلبت إليه كتابة قائمة بمخاوفه المرضية إذ كتب ببساطة «كل شيء» ثم ذهبت يوما لإلقاء محاضرة خارج الولاية حين كان في بداية التكيف مع دوائه. وسأل عما إذا كان بإمكانه الحصول على رقم الهاتف للاتصال بي شخصيا في حالة الطوارئ. فأعطيته رقم الفندق الذي سينعقد فيه المؤتمر الذي سألقي فيه محاضرتي في مدينة نيويورك. ولكنه قال «إن هذه مكالمة بعيدة عن ولاية

ماساشوستس Massachusetts» فطمأنته قائلا إن مثل هذه المكالمات غير غالية الثمن تماما فأجاب: «إن المسألة لا تتعلق بالتكاليف يا دكتور، ولكني فقط عاجز عن إجراء مكالمة بعيدة، فإن فكرة انتقال صوتي إلى ذلك المدى البعيد تجعلني في جحيم من الخوف». ولم يكن جاك يستطيع السفر لأبعد من ثلاثة أميال في أي اتجاه من بيته. وأصابته فكرة انتقال صوته لأبعد من ذلك بالهلع. وكان يحب الشعور بامتلاك زمامه. وقد أخبرني فيما بعد مع أنه لا يزال بعد في العشرينيات من عمره، إلا انه اشترى لنفسه قطعة أرض في المقبرة المحلية عند نهاية الشارع ليدفن فيها. فقد كان على يقين من وفاته سريعا، فأراد أن يتهيأ للأمر ولكن الأهم من ذلك أنه أراد التأكد من دفن جسمه في نطاق منطقة أمانة. وكان يهلع من فكرة دفنه في مقبرة بعيدة، إذ كان يخشى أن يظل إلى الأبد كله في هلع إذا وقع ذلك.

وقد لا يبلغ كثير من المرضى بنوبات القلق غير المتوقع هذه المرحلة الأخيرة من المخاوف المرضية، وإن كانوا يعانون من المرض نفسه ويستجيبون للعلاج ذاته بصفة أساسية. ولو استمرت نوباتهم من الهلع وبقيت دون علاج لتقدموا في العادة على طول الطريق نفسه إلى هذه المرحلة حتما. وهذا هو السبب في اعتبار بعض المخاوف المرضية المنفردة-مثل المخاوف المرضية من الأماكن المغلقة، والمخاوف المرضية الاجتماعية، والمخاوف المرضية من المرض، والمخاوف المرضية المختلطة مع نوبات الهلع-مراحل مبكرة في التطور الطبيعي للمرض بدلا من أن نعدها حالات منفصلة. وقد ظهر من إحدى الدراسات أن مرضى المخاوف المرضية الاجتماعية، ومرضى المخاوف المرضية من الأماكن العامة كانت أعمارهم متشابهة عند بداية المخاوف. لكنه لوحظ عند تقدمهم للعلاج أن أصحاب المخاوف المرضية من الأماكن العامة كانوا قد عانوا من أعراضهم فترة أطول وكانوا أكثر تقدما في السن من أصحاب المخاوف المرضية الاجتماعية. ولا تسير كل الحالات على نفس النمط إذ يمكن اكتساب المخاوف المرضية على نحو يخالف في الظاهر المنطق البديهي. فقد تحيرت إحدى المريضات في كنه حالتها حيث إنها لم تتبع أي نمط محدد سبق أن قرأت عنه. فكانت تخاف من السير إلى صندوق بريدها ومن القيادة بمفردها في البلدة المحلية لشراء الحاجات، ولكنها كانت تستطيع عمل أي شيء تقريبا حين تكون في صحبة الناس

الآخرين. وكانت تركب مع زوجها الطائرات إلى أماكن خارجية بعيدة دون صعوبة عدة مرات في العام. ومع ذلك أصابتها فعلا بعض نوبات الهلع غير المتوقع ونوبات الأعراض الأخرى. واستجابت للعلاج نفسه كالآخرين المصابين بمرض القلق. ولم يكن هناك سبب يدعو إلى اعتبار حالتها مختلفة من أي وجه. إن التركيز على نوع المخاوف المرضية لدى المريض كثيرا ما يؤدي إلى الخطأ والخلط. وقد يساعد على الوصول إلى التشخيص الصحيح والعلاج الصائب أن نبحث إن كان عند هؤلاء الناس بعض النوبات، أو نوبات الهلع غير المتوقع بالإضافة إلى مخاوفهم المرضية. ودعونا ننظر في المخاوف المرضية عند ميشيل Michelle. كانت مخاوفها الرئيسة من العواصف والأعاصير. فقد سبق لها أن كانت في إعصار ذات مرة منذ سنوات عديدة وشعرت بالرعب منه. وعلى الرغم من أنها كانت تقيم في ولاية يندر جدا أن تصيبها الأعاصير والزوابع فقد كانت في وهم وخشية منها يوميا. وكانت تحمل في حقيبتها حيثما ذهبت مذياعا صغيرا عن الجو تضبطه دائما على محطة تذيع النشرة الجوية على مدى أربع وعشرين ساعة. وكانت تطلب مكتب الأرصاد الجوية بانتظام لمعرفة التقارير، وكانت تعرف الموظفين هناك بأسمائهم الأولى. كما كانت تشاهد النشرات الجوية على محطات التلفاز القومية باهتمام بالغ مرة أو مرتين في اليوم، بل إنها كانت تسجل هذه النشرات بالفيديو لإعادة عرضها وفحص صور الجو عن طريق الأقمار الصناعية على نحو أدق.

كانت ميشيل تملك مكتبة حقيقية في علم الأرصاد الجوية. وكان يركبها الانزعاج إن علمت أن عاصفة من عواصف المناطق المدارية اشتدت في خليج المكسيك مع أنها تقيم في ولاية ماساشوستس على بعد أكثر من ألف ميل. أما إذا بدأت زوبعةسفي المرور على ولاية فلوريدا فإنها كانت تحجز تذكرة انتظار للطيران بضعة آلاف من الأميال بعيدا عن المسار المتوقع للعاصفة. وكانت لديها مخاوف مرضية أخرى، ولكن الأهم أنها كانت تصاب بنوبتين من الهلع غير المتوقع كل أسبوع تزيدان في هذه المخاوف المرضية وتغذيانها. من أجل هذا اعتبرت مصابة بمرض القلق واستجابت بصورة طيبة جدا لعلاج هذه الحالة بالعقاقير.

10 المرحلة السابعة: الاكتئاب

Depression

إن الألم شديد جدا عند إطلاق الرصاص وطعن السكين. والقفز من مرتفع أمر واضح للعيان، والشنق مستبعد حيث إنها تخاف الاختناق. وتعاطي جرعة زائدة أمر شديد البطء فقد تنتهي إلى البقاء في المستشفى جسما بغير وعي إنساني. وإذا هي استردت الوعي فسيكون عليها أن تواجه كل إنسان بالتفسيرات. ولم تستطع ماريا التفكير في طريقة سهلة لقتل نفسها. إذ لم تكلف نفسها هذا العناء، فهي لم تكن في الحقيقة مستعدة لقتل نفسها، وكانت تفضل ألا تصحو من النوم، وأن تموت ميتة سلبية. كانت واثقة بأنها فقدت آدم وانتشرت مخاوفها المرضية لتشمل كل شيء تقريبا حتى أنها أصبحت خائفة هلوعا في العمل دون سبب وجيه.

وكان عجزها يسوء، ولم يكن من طبعها قط أن تكتئب، وهي تجد نفسها الآن تبكي بسهولة. وقد تخرجها عن طورها أشياء بسيطة، ويكون من العسير أن تكف عن النشيج. وكانت حالتها المزاجية تعلو وتهبط في استجابة بالغة للأشياء حولها. وفي

بعض الأحيان كانت تحس بموجات من اكتئاب المزاج تستولي بسرعة عليها حين لا يكون هناك غالبا مناسبة حاضرة تستدعيها. كانت تشعر بفقدان الأمل فلا حول ولا جدارة لها. ثم تزول الحالة وتعجب من السبب في انتهائها. وبينما كانت ماريا تغربل هذه الأفكار للمرة المائة استولت عليها فجأة نوبة هلع مرعبة-ودق قلبها بوحشية، وبدأت تشعر بأنها تختنق وتفهق طلبا للهواء. وركضت إلى النوافذ وفتحتها لتسمح بدخول الهواء، وأحست أنها تغيب عن الوعي. كان هذا هو الموت بالتأكيد-إنها تموت. لقد عرفت دائما أن الحالة سوف تلاحقها يوما وتقتلها. وها قد آن الأوان وهي على غير استعداد. وأخذت تصلي في انفعال عميق، وتسأل الله ألا يدعها تموت في وقت من الأوقات. لكن فكرة ومضت في عقلها وكأنها ترى الله ينظر إليها من عليائه قائلا: «لكنك منذ لحظات فقط كنت تريدين الموت دون إشارة إلى الانتحار. والآن أهيئ كل ذلك من أجلك ثم تغيرين فكرك. هل تريدين الحياة أم الموت؟ أيهما تخافين أكثر الحياة أم الموت؟

كانت تتعافى من نوبة الهلع الحادة حينئذ، وتعود إلى مزيد من التعقل مرة أخرى. تلك كانت سخرية الأقدار في المرض. أحست-في عالمها الغريب-برياح الحياة والموت تهب بقوة لم تعهدها قط من قبل. كانت إما رغبة في الموت وإما رغبة يائسة في الحياة، وكانت تندفع من النقيض إلى النقيض. ولكن أشد ما خافته هو أن الضوابط التي منعتها من السقوط عند حافة الكارثة قد تخذلها.

ثم نامت أخيرا ورأت في منامها أنها مع آدم وكان قلبها من الخوف خليا.

وليس من المدهش أن يصبح ضحايا هذا المرض متشائمين مكتئبين مع تقدم العجز، وانعدام القدرة على تحمل الحياة، أو العمل، أو المسؤولية العائلية، أو العثور على علاج فعال. ويمر أغلب المرضى خلال مراحل من الاكتئاب أو الإحساس بالانقباض أو الأسى. ولهذا السبب يقال لهم إن مشكلتهم هي الاكتئاب. ومهما يكن من شيء فإن أعراض هذا الاكتئاب تختلف في النوع عادة عن ذلك الذي نشاهده في مرض الاكتئاب البيولوجي الذي يؤدي غالبا إلى الانتحار الفعلي الذي يحتاج إلى الدواء المضاد للاكتئاب. وهناك في الحقيقة عدد من العقاقير المضادة للاكتئاب في ذلك النوع من

الاكتئاب البيولوجي، ولكنها لا تفيد في مرض القلق أو ما يرتبط به من الاكتئاب. وليست كل أنواع الاكتئاب هي المراحل الأخيرة في مرض القلق بالطبع، فهناك أنواع أخرى من الاكتئاب البيولوجي تحدث في غياب نوبات الهلع.

وفي هذه المرحلة يشيع الشعور بالذنب، وضياع الرجاء، وفقدان الحول، وانعدام الجدارة. كما يخيم الاتجاه السلبي المتشائم حتى نحو الأشياء التي كان ينظر اليها نظرة إيجابية. وليست هذه المشاعر دائمة في العادة، ولكنها تجيء وتذهب كالأمواج التي تؤدي أحيانا إلى شل النشاط. ويشيع الشعور المفرط بالذنب بنوع خاص. فهناك شعور بالذنب نحو العجز عن الاحتمال النفسي لأشياء يظن كل الآخرين أن من واجب الإنسان أن يحتملها، وشعور بالذنب للعجز عن أداء الدور الطبيعي للوالد أو الشريك في الزواج، نحو القيام بالأعمال الروتينية التي يؤديها كل الآباء لأطفالهم وأزواجهم، وشعور بالذنب للعجز عن الذهاب للأسواق والمناسبات الاجتماعية، والمشاركة في أنشطة الفراغ خارج البيت والأكل في المطاعم، والسفر في الإجازات. وهناك شعور بالذنب لحالة الاكتئاب وفقدان الحول والاعتماد على الغير. وفوق ذلك كله هناك شعور بالذنب لتقييد حياة الآخرين وفرص نشاطهم وخصوصا المحبوبين منهم في هذه الشبكة من الخوف واليأس. أما سخرية القدر الأخيرة فهي الشعور بالذنب للإحساس بالذنب.

أما بعض المرضى فيتطور مرضهم خلال مراحل المرض السبع على مدى بضع سنين، وآخرون قد يمرون خلال هذه المراحل العديدة متداخلة في تتابع سريع. وقد تبدو على البعض أعراض إحدى المراحل اكثر من المراحل الأخرى، أو يبدو أنها توقفت عند مرحلة ما. بل قد يظل بعض الناس في مرحلة واحدة بضع سنين قبل الانتقال إلى غيرها. إن العوامل الفعالة في سرعة التقدم خلال هذه المراحل هي التعدد والشدة في نوبات الهلع غير المتوقع ونوبات الأعراض الأخرى. فهؤلاء الذين يبدأون بنوبات شديدة تلقائية من الهلع سرعان ما يكتسبون مخاوف مرضية عديدة ويصبحون مكتئبين. وكلما كانت نوبات الأعراض أو نوبات الهلع أخف، زاد الاحتمال في ألا يتقدم المرض إلى مرحلة متأخرة. وليست كل حالات مرض القلق في شدة حالة ماريا، فكثيرا ما تحدث في صور أخف من غير أن

تتطور دائما إلى أن تسبب كل المضاعفات التي عانت ماريا منها.

وقد تتقدم المراحل إلى الأمام ثم تتراجع حسبما تسوء حالة المريض أو تتحسن. وفي الأحوال العادية يتذبذب مجرى المرض صعودا وهبوطا على المدى الطويل.

فقد يشتد أحيانا وقد يخف أحيانا. وقد يختفي عند البعض بصورة غامضة-كما جاء-فترة أسابيع أو شهور أو سنين. ولكن الأغلب كثيرا ما يعود فيما بعد، وتبدأ المراحل من جديد في التقدم الطبيعي.

إن مراحل المرض لا تتبع دائما النظام الدقيق الذي وصفنا إطاره العام سابقا، فإن مرحلة توهم المرض ومرحلة الاكتئاب قد تحدثان بصفة خاصة في وقت مبكر أو متأخر. لكن المرض بوجه عام يتجه في صورته الشديدة نحو التقدم خلال المراحل السبع جميعا بطريقة ما أو بأخرى. وفي أغلب الحالات نجد أن أول ما يقع هو النوبات التي تؤدي إلى الاعتزال المتزايد بسبب المخاوف المرضية، وزيادة الاكتئاب، وهبوط الروح المعنوية.

وقد نشأ أغلب الخلط في وصف وتشخيص هذه الحالة (مرض القلق) في الماضي من النظر إلى هذه العملية الواحدة في أوقات عديدة مختلفة من الزمن. فكانت المشاكل المنظورة في وقت معين تسمى بعناوين منفصلة من التشخيص. والنتيجة أن كل مرحلة أصبح لها اسم مختلف للاضطراب كما لو كانت كل مرحلة بمثابة اضطراب متميز. وفي المقابل تكشف النظرة على المدى الطويل-كما بينا هنا-عن اضطراب واحد يتقدم خلال مراحله المتعددة. وهذه النظرة أبسط وهي أقرب إلى المعقول، وهي أفضل في إرشادنا إلى علاج فعال ناجح كما سوف نرى في فصل العلاج.

11 مضاعفات أخرى

Other Complications

إن الكوارث الإضافية قد تتربص بالضحايا أثناء سعيهم في طريق المرض. ذلك أن مرض القلق قد يحطم النوم، أو يخرب الحياة الجنسية، أو يفسد الشهية. بل إنه قد يدفع البعض إلى شرب الخمر.

لقد ذكر المرضى بهذه الحالة وقوع تغيرات متعددة في نمط النوم. بعض هذه التغيرات يتعلق بصعوبة البدء في النوم (وهو ما يعرف اصطلاحيا بالأرق المبدئي أو المبكر)، أو قد يصحب ذلك القيام في منتصف الليل نتيجة نوم مضطرب لا يستقر (الأرق المتوسط). وقد يحتاج المرضى إلى ساعة أو أكثر إلى أن يغلبهم النعاس، على حين كان ذلك يستغرق منهم بضع دقائق في السابق. وهم قد يشعرون بالضعف والتعب خلال النهار، لكنهم حين يستلقون على السرير طلبا للنوم يجدون من الصعب عليهم الخلود إلى النوم. ثم يستيقظون بعد بضع ساعات وهم يشعرون بعدم الاستقرار ويتقلبون ويذهبون إلى الحمام ويستمعون إلى أحاديث آخر الليل في الإذاعة، ثم ينامون ليستيقظوا مرة أخرى

بعد ساعة أو ساعتين. ولا يثيرهم هذا فحسب، وإنما يستنزف طاقتهم وجهودهم. ولذلك تجدهم لا ينهضون بوظائفهم على نحو طيب في اليوم التالي.

ويتعلق نوع آخر من الأرق بالقيام في الصباح المبكر قبل الموعد المنتظر ببضع ساعات وإن كان هذا الاضطراب لا يحدث إلا نادرا. وغالبا ما ترتبط اليقظة في الصباح المبكر بالعجز عن العودة إلى النوم حتى يحين موعد النهوض من الفراش. وكثيرا ما يصاحبها شعور داخلي بعدم الاستقرار وبالتهيج. وقال أحد المرضى: «كأن محركا (موتورا) في جوفي يظل يدور ولا يقف». ويكون هذا الشعور أسوأ في ساعات الصباح ثم يتلاشى بتقدم النهار. إن هذه اليقظة في الصباح المبكر كما تسمى (الأرق النهائي) يغلب كثيرا أن نراها في الحالة المعروفة بالاكتئاب داخلي المنشأ أو بمرض الاكتئاب الكبير (endogenous depression or major depressive illness). وهي صورة عنيفة من الاكتئاب تصاحبها تغيرات كيمياوية حيوية (biochemical) في الجهاز العصبي المركزي. ويمكن علاج هذا الاكتئاب داخلي المنشأ علاجا فعالا كما يعالج القلق الداخلي. وحين تشتد الأعراض إلى درجة بارزة في مرض القلق فإن اكتئابا عنيفا يصاحبه في العادة.

وهناك عرض ثالث يتعلق بالنوم أيضا ويبدو مميزا لهذا الاضطراب. وهو ما يسمى الهلع الليلي (واسمه في الاصطلاح الطبي Pavor nocturnus). فقد يكون المريض مستغرقا في النوم، ثم يصحو فجأة في حالة فزع وقد استولى عليه الهلع. وكثيرا ما يرتبط بهذه الحالة قصر في النفس أو زيادة في سرعة القلب، وغالبا ما يصاحبها شعور بالموت. وقد تحدث الكوابيس (Nightmares) المخيفة أحيانا. إن بعض هذه المشاهد-وهي تتكرر في الغالب- قد ترتبط بنوبات الهلع الليلي.

أما مشكلة النوم الأخيرة الشائعة فهي النوم المفرط الزائد. فقد يكون هناك شعور مستمر بالضعف والتعب والإعياء، ومع ذلك لا يخفف منه النوم. ويصحو المصابون بهذه الأعراض وهم يشعرون بحالة من الإعياء والتعب كالتي شعروا بها تماما حين ذهبوا إلى الفراش. وقد يلاحظون أنهم ينامون فيما بين عشر ساعات وأربع عشرة ساعة في الليلة، وكأن نومهم لا يسمح لأجسامهم باسترجاع قوتهم واستعادتها بالطريقة الطبيعية. وكثيرا

ما يطلق على مثل هذا التعب الزائد أثناء النهار اسم النيوراسثينيا[8] في الاصطلاح الطبي (neurasthenia) وقد كتبت فيها كتب كثيرة في القرن التاسع عشر.

وقد يمر المرضى خلال مراحل من هذه الاضطرابات المختلفة في النوم أثناء سير مرضهم وتطوره.

القلق الجنسي (sexual anxiety)

بدأت نوبات الأعراض عند نيكول (Nicole) حين كانت في منتصف العشرينات من عمرها، وأصابتها نوبات الهلع في سن الثامنة والعشرين. وكانت دائما متمتعة بحياتها الجنسية. فلما أخذت حالتها تسوء صارت المتعة الجنسية هي الشيء الوحيد الذي يمثل السلوى لديها. ثم بدأت ثقتها في حياتها الجنسية تضمحل-بعد أن كانت تبدو أمامها في ازدهار مع مرور السنين والتجربة-وذلك حين أصابتها-خلال أسبوع-نوبات أكثر عددا وأشد من المعتاد. وحدث ذات ليلة-بعد نوبة من العلاقة الجنسية ممتعة طويلة بنوع خاص مع زوجها-أن لاحظت أنها كانت تتنفس بسرعة أكثر من المعتاد وأن قلبها كان يدق سريعا، وأنها كانت تشعر بأنها ساخنة محتقنة ثم أصابها عرق غزير. ثم أدركت فجأة أن هذه العلامات من الإثارة الجنسية-حين تطلق العنان لجسمها وتتنازل عن سيطرتها على نفسها-كانت تشابه بصورة لا تدعو إلى الارتياح أعراض نوبة الهلع. وبدأت تفهق في طلب الهواء ولم تبطئ سرعة قلبها، واستولى عليها الهلع. وظنت أنها سوف تموت بالفعل.

وظلت نيكول تستعيد هذه التجربة في عقلها مرة بعد مرة في الأسابيع التالية. وكانت في كل مرة تالية من اللقاء الجنسي تخمد شعورها بالإثارة الجنسية في وقت مبكر فقد ظلت خائفة من أن تفقد سيطرتها على نفسها، ولذلك عجزت عن إطلاق العنان لنفسها تماما. وبقي بعض عقلها منفصلا، خارجها، يلاحظ العملية كلها، حتى «يحميها».

وبدأت تفسر كل تعبير عن الإثارة الجنسية على أنه بداية لنوبة من الأعراض أو نوبة الهلع. لقد كانت هناك مشابهات كثيرة جدا. بل إنها بدأت تخشى على زوجها، فماذا يحدث لو أن نوبة هلع إصابته وأفلت منه الزمام؟ وبدأت رويدا في تفادي النشاط الجنسي أكثر فأكثر. وأصبحت متعته أقل.

وحسبته نوعا من الخصاء العقلي يستولي عليه من الداخل.

والذي حدث لنيكول أن الهلع وبلوغ ذروة الشهوة الجنسية (orgasm) قد اشتد بينهما الارتباط في عقلها بحيث أصبحت تخشى عودة نوبة الهلع مع كل بلوغ ذروة تالية للشهوة الجنسية. وحين حدثت إحدى النوبات بعدئذ أكدت هذه أسوأ مخاوفها. وكان الحل الواضح الوحيد ألا تسمح لنفسها بالشعور بالإثارة الجنسية لأبعد من حد معين. والحقيقة أنه كلما قل نشاطها الجنسي، قل احتمال تعرضها لنوبة هلع. وعلى ذلك تدهورت حياتها الجنسية. وقد انتهت بها الصعوبات الناجمة من هذه المشكلة إلى التماس العلاج لحالتها الأساسية.

إن الكثرة من المريضات لا يصادفن هذا الشقاء، ولكن من المحتمل أن تكون المشكلة أوسع انتشارا مما نعرف. ثم إنه عندما يضطرب النشاط الجنسي والأداء الجنسي فسرعان ما يزول الاهتمام الجنسي أيضا. وليس الرجال في عصمة من هذه المشكلة التي يمكن أن تؤدي إلى عجز عن الانتصاب أو الزيادة في سرعة القذف أو تأخره. وعندئذ نجد أن الاهتمام الجنسي والدافع الجنسي سرعان ما يطرأ عليهما التناقص والضعف نتيجة ذلك الاضطراب.

الشهية Appetite

لا تذهب الشهية الجنسية وحدها ضحية للفزع وإنما تذهب كذلك الشهية للطعام. ويمكن أن تحدث تغيرات تتراوح بين النقيضين على طول المدى فيما يبدو، إذ يفقد بعض الناس شهيتهم والوزن بينما يجد الآخرون في تناول الطعام تهدئة لهم فيسرفون في الطعام خصوصا عند القلق ولذلك يزيدون وزنا. كانت ماريا مثلا تخشى اختناقها بالطعام وتخاف من البلع، وكانت تحس بالجوع غالبا ولكنها كانت تخشى عملية الأكل، وكان من الأيسر أن تتجنب الطعام. فكان بعض النقص في الوزن محتوما. وقد يصبح النفور من الطعام زائدا في بعض الأحيان فيحدث الغثيان بل وقد تحدث نوبات متكررة من القيء.

وقد شخصت حالات بعض المرضى خطأ على أنها فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa) وهي حالة تختلف عن مرض القلق. ويرتبط الشعور

بالقلق أحيانا بإحساس بالفراغ في المعدة ويحدث ألم قارض أو إحساس بالإغماء. وبعض الناس يجد أن الأكل يخفف هذه المشاعر فيما يبدو، ويعتاد على علاج هذه الأعراض بتناول الطعام بصورة مبكرة وهي تتكرر مع مرور الزمن. بل إن نقص الشعور بالامتلاء قد يستثير خوفه من عودة الإحساس بالإغماء، ولذلك يصبح إبعاد هذا الخوف دائما بالطعام شيئا روتينيا. لكن العلاج الفعال يؤدي إلى زوال هذه الصور المتطرفة من الشهية والعودة إلى النمط السابق من قبل أن تبدأ الحالة.

الإدمان على الخمر والعقاقير (Alcohol and Drug Abuse)

تبلغ نسبة المدمنين على الخمر أو العقاقير من بين ضحايا الهلع في وقت ما من سير المرض واحدا من خمسة تقريبا، وذلك في محاولة للسيطرة على الأعراض. وقد وجد الكثيرون أن شرب الخمر فعال في التخفيف من المعاناة تخفيفا جزئيا على الأقل لفترة وجيزة. ومن سوء الطالع أن الخمر تؤدي عملها النافع لبضع ساعات فقط ثم تتقاضى ضريبتها في الوقت نفسه. وحين يزول أثرها، تحدث ردة في الأعراض المعتقلة ويحس الشارب بزيادة قلقه وهلعه الأمر الذي يدفعه إلى المزيد من الشراب.

إن هناك أناسا ممن يحسبون من المدمنين إنما يشربون الخمر للسيطرة على مرض القلق عندهم فقط. وحين يتم علاج هذا المرض بنجاح يقل دافعهم القوي إلى الشراب. ويكون إدمان الخمر في الحقيقة أمرا ثانويا فقط لمرض القلق أو أحد مضاعفاته. وقد يكون هذا صحيحا بالنسبة لقلة من بين المدمنين، ولكنا إذا اعتبرنا مدى انتشار مشكلة الإدمان على الخمر وجدنا أن هذه القلة تكون أعدادا كبيرة من الناس.

وكذلك توجد عقاقير كثيرة لها تأثير جزئي أو وقتي في تخفيف الأعراض كالخمر. وهي بوصفها ملطفات إنما تخفف من جوانب الحالة من غير أن تمكن المرء من السيطرة عليها في الحقيقة. وتشمل هذه العقاقير كثيرا من المهدئات الشائعة (tranquilizers) مثل الفاليوم (Valium) والليبريوم (Librium)، والباربيتيورات (barbiturates)، والحبوب المنومة. ومن المعلومات الشائعة عند الخبراء في الميدان وعند المرضى الذين يتعاطونها خاصة أن مثل هذه العقاقير لا توقف نوبات الهلع. ولكن لأن المرضى يشعرون غالبا بشيء من

تخفيف التوتر والقلق حين استعمالها فإنهم يظنون أن زيادتها قليلا تساعدهم بدرجة أكبر وتمنع عنهم نوبات الهلع. وعلى ذلك نجد عند مرضى القلق الشديد والهلع دافعا باطنيا لتعاطي المزيد من هذه العقاقير للسيطرة على المعاناة. وقد يعد بعض الناس هذا نوعا من الإدمان، ولكن الأمر ليس بهذه البساطة. والأصح أن هؤلاء المرعوبين الفزعين من الناس يرغبون في التخفيف رغبة مستميتة، فهم يبحثون عن المزيد من أي شيء يقدم لهم هذا الأمل.

12 الأطفال الخائفون

Frightened Children

في الدنيا أشياء قليلة تستوجب سرعة التصرف مثل منظر الطفل الخائف. ولعل التفسير البسيط لذلك هو أن الرغبة في إنقاذ الصغار من الخوف والدموع والفزع والحزن واحد من الدوافع الأساسية في الحياة وتهوين الأمور والتهدئة والطمأنة من الأمور اليسيرة عادة. فإن عناء الطفل أو معاناته أمر شديد الوضوح. الصغير ينظر إلى الكبير باعتباره قوة تحميه، أو شخصا يستطيع أن يتغلب على هذه الضغوط ويمكنه التخلص منها.

ولكن ماذا يحدث لو أن خوف الطفل كان مزمنا؟ وكان الضغط غير ظاهر. إن الراشد عندئذ يعجز عن فهم طبيعة الخوف كما يعجز الطفل عن شرحه. ولو أنه حاول شرحه فإن المحيطين به لا يفهمون عنه تماما. فطمأنتهم إنما تفتقر إلى فهم مقصده بسبب سوء التواصل الفكري. وإذا كان الأمر كذلك فكيف يقدرون على المساعدة؟ والطفل لا يملك الكلمات أو الصور التي يعبر بها عن نفسه. وليست هناك كدمات أو خدوش أو جروح أو عظام مكسورة

بحيث تكون مظاهر جلية لهذه الإصابة الداخلية. إنه خوف داخلي لا بد من معاناته على انفراد. وهو لذلك السبب يدعو إلى زيادة الخوف.

كان في الإمكان أن تصير زو Zoe مثل أي بنت صغيرة جميلة. كانت لها عينان بنيتان واسعتان، ورموش طويلة سوداء مع ميل خفيف في رأسها على نحو ما يصور المصورون استدرارا للعطف وأنت تحس بانجذاب إليها. لكن زو كانت مختلفة عن صديقاتها. كانت في المدرسة تصاب كثيرا بالإغماء. وكانت غالبا ما تشكو من تقلصات في بطنها تمنعها من الذهاب إلى المدرسة. كان الأمر يبدو كأنها دائما في زيارة لطبيب أو لآخر من هذا الشيء أو ذاك. وقد تعرضت كثيرا للتصوير بأشعة إكس أثناء فحوصها العديدة الطبية حتى بدأ أبواها يخشيان من أن تتراكم هذه الآثار فيما بعد في حياتها.

في مبدأ الأمر ظنوا أنها تشكو من الصرع من نوع النوبة الصغرى 'petit mal' وهذا مرض ليس غير شائع عند الأطفال. ولكن لم يظهر شيء غير طبيعي في رسم المخ الكهربائي 'EEG'.

وهو اختبار لتموجات المخ يكشف عن مرض الصرع - 'epilepsy' والحق أنه لم يكن هناك أي شيء غير طبيعي في أي فحص من فحوصها. واقترح الأطباء أن زو مجرد طفلة عصبية ولعل هناك مشاكل في المدرسة أو البيت.

وعقد أبواها عدة اجتماعات مع المدرسين في المدرسة، ولكن لم يظهر شيء غير عادي ما عدا أعراضها الواضحة. واستبان للمدرسين أن خوفها المرضي من المدرسة آخذ في الزيادة وكان ذلك مدعاة لاهتمامهم. تساءل أبواها إن كان هناك خلل ما في حياتهما العائلية وإن لم يشغلهما ذلك أبدا من قبل. فقد كان طفلاهما الآخران في توافق طيب. ترى هل إرتكبا خطأ في تربية زو وتنشئتها؟ وجعلا يستعيدان دراسة الوقائع السابقة العديدة يعيشان في الشكوك المعتادة. ولكنهما-في التحليل الأخير ومرة أخرى بدا لهما أن ليس هناك خطأ غير معهود. ألم يحدث أن مر الأطفال الآخرون ومرا هما كأطفال بالخبرات نفسها؟

وعندما سألا زو إن كانت تستطيع أن تشرح ما بها من ضر، كانت تشرح ببساطة نوباتها: هذا العرض أو ذاك. وحين كانا يصران على أسئلتهما

الصارمة كانت تختلق لهما أشياء حدثت لها. وبدا أنهما يريدان ذلك. كانت ترغب في حمايتهما والأمان في ظلهما، ولاح كأنها مبادلة عادلة. وكانت تخشى في كل ليلة أن تموت في نومها ولذلك كان عليها أن تسوي حساب كل شيء مع ربها. فقد كانت تشعر أن الله وحده هو الذي يستطيع فهم الأمور.

إن حالة زو نموذجية تماما-وعلى الرغم من أن من الأمور غير المألوفة أن يبدأ المرض قبل البلوغ والمراهقة إلا أنه قد يفعل ذلك بالتأكيد. وهناك قليل من المدارس لا يكون فيها على الأقل طفل واحد مصاب بالفوبيا أو المخاوف المرضية والقلق. وعلى ذلك فليس الأطفال في منعة أو مناعة من مرض القلق.

والمظاهر تكون غالبا بسيطة كما هو الحال في كثير من مشكلات الطفولة. وتجد الأطفال يركزون على أعراضهم البدنية في العادة: فهم يصفون حرفيا كيف تؤثر النوبات في أجسامهم وأين مكانها. وبينما يركز الأطفال على استجابات أجسامهم يلاحظ الكبار ما يشيع في سلوكهم من ميل إلى التجنب والاعتزال. فقد يخاف هؤلاء الأطفال من الانفصال بصفة خاصة عن أهلهم، ويستمر هذا بصورة أشد وإلى زمن متأخر عن أغلب أقرانهم. والفوبيا المدرسية أو المخاوف المرضية من المدرسة من بين المظاهر الشائعة بنوع خاص لمثل ذلك القلق من الانفصال. وقد تمتد مخاوفهم وتجنبهم أي شيء كما يحدث عند الكبار، كما أن المتوقع أن تجد مخاوفهم متعددة متنوعة.

وقد يمر بعض الأطفال خلال مراحل كهذه ثم تختفي الحالة بصورة غامضة كما بدأت لتعود مرة أخرى. وقد تجيء الأعراض وتمضي على مراحل ممتدة، لتظهر من بعد ذلك في صورة بالغة مزدهرة في أواخر العقد الثاني من العمر أو في أوائل العشرينيات. وكثير من الكبار المصابين بنوبات الهلع وبالمخاوف المرضية من الأماكن العامة يذكرون أنهم مروا بمثل هذه المراحل حين كانوا أطفالا. كما أن الأمهات اللاتي سبق أن تم علاجهن وشفاؤهن من مرض القلق كثيرا ما يصحبن أحد أطفالهن لاستشارة مبكرة خوفا من أن يتعرض في المستقبل للمرض، أو أن تكون قد ظهرت عليه بالفعل إمارات المرض. ولا ينبغي للآباء أن يحسوا بالشعور بالذنب، أو أن

يلوموا أنفسهم. فإنهم يكونون عادة قد بذلوا أفضل ما في وسعهم في أمثال هذه الظروف.

ويود كثير من الآباء لو أنهم استطاعوا تقديم المزيد، أو لو أنهم تصرفوا بصورة مختلفة. ولكن من العدل بصفة عامة أن نقول: إنهم لو كانوا تصرفوا على أنحاء مختلفة لما أدى ذلك إلى اختلاف أو فرق على المدى الطويل. إن أساليب تنشئة الأطفال لا تسبب مرض القلق كما أنها لا تسبب أمراض الطفولة الأخرى. ولكن الضغوط العصبية طبعا يمكن أن تكون سببا هاما في تفاقم الأمر كما هي الحال في أمراض كثيرة.

وحين يكتشف الآباء أن طفلهم مصاب بالمرض تراهم يحتاجون-قبل كل شيء-إلى البحث عن إنسان ماهر خبير حقا في علاج هذا الاضطراب.

الباب الثالث

الأسباب

Causes

13 تفاعل قوى ثلاث

An Interplay of Three Forces

مدت الطفلة-وكان عمرها ثمانية شهور-يدها اللينة السمينة نحو وجه أمها وجذبته إليها وربتت عليه. وكان الاطمئنان والانبساط المتألق يظهران على وجه الطفلة! واستغرقت أمها أيضا في سرور واستمتاع كل منهما بالأخرى. وعندئذ دفنت الطفلة رأسها في كتف أمها المريح، وثبتت الصورة البصرية لتلك اللحظة العابرة نفسها في ذاكرة ماريا لتلاحقها فيما بعد.

كانت الأم صديقة لماريا، وقد جاءت للزيارة مع طفلتها وكانت ماريا في البداية سعيدة برؤيتها. فكانت راغبة في القدرة على المشاركة في بعض مباهج الأمومة. لكن مشهد الطفلة المستقرة في ارتياح بين ذراعي صديقتها أثار ضيقها. وأراد شيء ما في داخلها أن يفسد المشهد. وتسارعت في ذهنها أفكار الحسد والمنافسة وقد كرهت نفسها من أجل هذه الأفكار. وودت لو خرجت صديقتها حتى تذهب معها هذه الانفعالات المؤلمة أيضا. وحاولت ماريا ألا تكترث، ولكنها شعرت في حلقها بشعور الاختناق

وخافت أن تأخذ في البكاء. وكانت كثيرا ما راودتها الأحلام في أن تحمل طفلها هي وأن تحبه وترعاه كما تفعل صديقتها. ولكنها في هذه اللحظة خشيت أن هذا الحلم لن يتحقق أبدا.

وكانت إصابتها بمرض القلق حاجزا لا يمكن تخطيه يفصلها عن الأمومة السوية. وخشيت من أنه ما من رجل مناسب سيفكر في الزواج منها وهي في حالتها تلك، أو يفكر في أن يكون أبا لأطفالها. ثم إنها لو تزوجت فعلا لما كان من الصواب أن تلد أطفالا على أي حال. إذ كيف تدبر أمور الحمل والولادة إن كانت الأمور البسيطة في الحياة اليومية تغلبها على أمرها كثيرا؟ وكيف يمكن أن تربي طفلا؟ ألن يصدم الطفل حين يراها في إحدى نوباتها من الهلع؟ وهل سيتعلم الطفل منها الخوف؟ لعلها ستعلم الطفل بسلوكها هي أن يكون شبيها بها. وكانت ماريا تظن في لحظات تفاؤلها أن في إمكانها ألا تنقل الخوف إلى الطفل إذا هي أحسنت تربيته. أما إن كانت هذه الحالة تنتقل بالوراثة عن طريق الجينات فسوف تنتقل إلى الطفل مهما أحسنت صنعا. وبذلك يصاب طفلها مهما كانت نوعية أمومتها، وأصبح زهد ماريا خليطا من المخاوف والآمال المتصارعة، وودت لو أنها أحسنت فهم أسباب حالتها. هل كانت الطبيعة هي المسؤولة أم التربية أم كلاهما، فإن كان الأمر يرجع إليهما معا فكيف تم التفاعل بينهما؟

النماذج التاريخية للقلق (Historical Models of Anxiety)

استخدم الإنسان في فهم القلق المرضي ثلاثة نماذج. في البداية أرجع القلق إلى وقائع البيئة. فاتجه النظر إلى التفسير بوجه من أوجه القمر، أو بعمل روح خبيثة، أو بالضغط الغالب لأحداث الحياة العصبية.

لقد كان سيجموند فرويد-وكان لديه هو نفسه أعراض مرض القلق، ولكن في صورة غير شديدة-يخشى كثيرا من نوبات القلق ويلتمس لها الفحوص الطبية الكثيرة. ولكنه لم يظهر أي خلل ذي صفة طبية خطيرة. وقيل له إن أعراضه ترجع إلى أصل عصبي. ولم يكن فرويد قانعا بأن نموذج ضغط البيئة يفسر أعراضه تفسير كاملا، حيث إن كثيرا من التفصيلات لم تقع في موضعها المناسب، كما لم يعكس هذا النموذج حقيقة نفسه بدقة كافية. وأراد أن يلتمس تفسيرا أشمل وخصوصا في أحلامه

فجعل يبحث بحثا سيكولوجيا، وأقام نموذجا مفصلا مبنيا على أساس من سيكولوجية العقل ومن دور الصراعات الداخلية في نشأة القلق وبقائه. وقد شغل هذا النموذج كل إنسان درس القلق خلال معظم هذا القرن. ولكن في النموذج النفسي جوانبه من القصور أيضا. وظهر أنه كذلك جزء من القصة فقط.

وقد ذهب كثير من مشاهير الأطباء إلى احتمال وجود أساس بدني جسمي في القلق المرضي. لكننا لم نجد أبدا أي خلل بدني، وكان السبب راجعا إلى حد كبير إلى أن المخ كان آخر غدة في الجسم يدرسها العلماء دراسة مستقصاة. ولم تكن تكنولوجية (technology) اختبار وبحث عملياته الداخلية عملية ميسورة متاحة حتى زمن قريب وهي مازالت تنشأ. لكن الدليل يتجمع الآن على احتمال وجود سبب بدني لمرض القلق. ولا يزال هذا الأمر في مراحله الأولى من البحث. وأنواع الاختلال البدني تبدو شديدة الأهمية بل مركزية في المشكلة كلها. ولكن النموذج البدني أيضا ليس الإجابة الكاملة وإن جاز أن يشتمل على الجانب الهام والأكبر منها.

وإنما أسهم كل من هذه النماذج-نموذج ضغط البيئة، والنموذج النفسي والنموذج البدني-بدور في فهمنا الشامل للقلق المرضي. ولكن في كل نموذج جوانبه من القصور. وسوف نحاول في الصفحات التالية أن نقيم نموذجا أفضل.

نموذج جديد A new model

تفاعل قوى ثلاث (The Interplay of Three Forces)

إن النماذج في العلم (models) هي محاولات لتنظيم وتوضيح الملاحظات المختلفة، والنموذج الطيب وصف يعكس الواقع بدقة. وعلى ذلك يكون العلم الطيب وصفا دقيقا، فهو وصف للأحداث، ووصف تفاعلها بصفة خاصة. وكلما تحسن العلم زادت دقة الوصف فيه. وقد يصف العلم في بعض الأحيان أشياء تبدو جلية للإنسان العادي، ولكن الطريقة في جعل هذه الأوصاف دقيقة إلى حد غير عادي هي كل عمل العالم.

وينبغي للنموذج الطيب في مرض القلق أن يوضح كيف يتم الارتباط بين (نوبات الهلع غير المتوقعة، ونوبات الأعراض الكثيرة، والمخاوف المرضية)

بطريقة معقولة تعكس الواقع بدقة. ويجب على مثل هذا النموذج أن يصف الأساليب أو الميكانيزمات (Mechanisms) الكامنة وراء نشأة الأعراض المختلفة والمخاوف المرضية، كما يجب أن يحدد أيضا كيف يحدث التسلسل، ذلك أن وصف كيفية وقوع التسلسل هو وحده الذي يزيد من قدرتنا على التنبؤ حول المرض ويعلمنا السيطرة عليه بفعالية أكبر.

والنموذج-الذي نقدمه في هذا الكتاب-يقوم على أساس من التفاعل بين القوى الثلاث: القوة البيولوجية (biological) والقوة النفسية الشرطية (psychological conditioning)، وقوة الضغط (stress). وهذه القوى هي الخيوط التي تربط المراحل التي سبق لنا وصفها. وفهمها يساعدنا على فهم التطور الطبيعي للاضطراب والتفاعل فيما بين الأعراض المختلفة والمضاعفات. إن هذه القوى الثلاث وتفاعلها-بالإضافة إلى النظرة الطولية إلى المرض على امتداد الزمن وهو يمر خلال مراحله السبع-ترسم صورة أغنى عن كيفية التلاحم بين الأجزاء المتعددة.

ولكن علينا أن نذكر دائما أن هذا النموذج لا يزال انعكاسا لواقع الحياة فقط. وهو أيضا-مثل كل النماذج في العلم-سوف يتم تحسينه وصقله. ونحن بهذه الطريقة نقترب من فهم أتم للمرض ومن التغلب عليه في آخر الأمر.

14

القــوة الأولــى:
القوة البيولوجية

Force1: Biological

كانت ماريا تعرف أن هناك نساء كثيرات يعشن للعمل ويؤثرن عدم إنجاب الأطفال، ولكنها كانت تعلم تماما أنهن اللاتي اخترن ذلك أيضا. لكن ماريا كانت تريد، حتى وإن آثرت عدم الإنجاب، أن تشعر أن مجال الاختيار مفتوح أمامها كذلك.. وأحست أن حالتها-خصوصا عجزها عن فهمها تماما-قد قيدت اختياراتها بصورة شديدة. وشعرت أنها مبتورة الصلة بشيء ما، وكأن شيئا ينقصها، وأنها فارغة نتيجة لذلك وخصوصا حين تكون مع صديقاتها المتزوجات صاحبات الأطفال وقد استكملن فيما يبدو حياتهن بطريقة ما. بدا الأمر كأن عند النساء الأخريات شيئا يستطعن الحصول عليه، ولكنها تعجز عنه، وربما أدى بها هذا إلى شعور مؤكد بالوحدة والعزلة. وكلما ساءت حالتها ظهرت عندها مخاوف جديدة تبعدها بدرجة أكبر عن فكرة الإنجاب أصبحت تخاف من الحمل ومن وجود شيء حي ينمو داخلها ويعتمد تماما عليها

ولا تملك هي الفكاك منه. وأصبحت تخشى أن تنجب طفلا مشوها من الناحية العاطفية أو البدنية. كما أصبحت تخشى أنها قد تنقل مرضها إليه بطريقة وراثية ما. وهل هي حالة تنتقل بالوراثة؟ وما هو المعروف عن سببها الطبي؟ وكانت في حاجة إلى إجابات عن هذه الأسئلة حتى تستطيع حسم البعض من مشاعرها الكثيرة المختلطة المتصارعة حول مستقبلها.

والظاهر أن القوة المركزية في مرض القلق قوة مادية، والنموذج الذي نقترحه أو نقدمه في هذا الكتاب هو أن هناك اضطرابا بيولوجيا، أو لعله اضطراب كيمائي (biochemical) يقع في مركز هذا المرض ويغذيه كالينبوع.

ترى ما الذي أثار الفكرة في احتمال وجود الخلل المادي أو الكيماوي الحيوي. أحد الأسباب أن المرضى أنفسهم أحسوا دائما بضرورة وجود ذلك فهذه المشكلة كلها كانت خارج الوظائف الطبيعية وخبرة القلق الطبيعي. لقد كانت غريبة وقد عجزوا في أغلب الأحيان عن تفسيرها لأنفسهم بأي طريقة أخرى. أما علماء الطب فقد كانت هناك إمارات أخرى تشير إلى احتمال أن هناك أساسا جسميا (physical) للاضطراب. كان هناك أولا دليل يشير إلى أن التعرض للإصابة بالمرض قد يتم توارثه عن طريق الجينات، فكثير من المرضى أخبروا أطباءهم بوجود أفراد آخرين في عائلاتهم يشكون من أعراض مشابهة. ثم أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس. ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر منه عند غيرهم ممن لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى. وبلغت هذه النتيجة من القوة حدا يبعد معه جدا أن يرجع ذلك إلى الصدفة وحدها. وبدا أنه كذلك كلما زادت صلة القرابة البيولوجية بالشخص المصاب ازداد الاحتمال في ظهور الاضطراب. وقد استخدمت أساليب رياضية خاصة لتحليل أشجار النسب في العائلات المصابة. يشير الدليل إلى أن الاستعداد لهذا الاضطراب يتمشى إلى حد وثيق، وإن لم يكن كاملا، مع وجود نمط وراثي لواحد من الجينات السائدة (dominant gene inheritance pattern). ومن شأن هذا النمط الوراثي أن يسمح للحالة بالانتقال من أحد الأبوين ولا يستدعي أن ينتقل بالوراثة من كلا الأبوين في العائلة.

وقد ظهر أيضا أن مرض القلق شديد الارتباط بوجود حالة في القلب

تعرف بسقوط الصمام الميترالي (mitral valve prolapse). فقد كان على التقريب واحد من كل ثلاثة مصابين بنوبات الهلع مصابا بهذا الاضطراب الذي يتعلق بارتخاء الصمام الميترالي في القلب أيضا. والمعتقد أن هذا الصمام الميترالي المرتخي يتم توارثه عن طريق واحد من الجينات السائدة. على أن الاضطراب لا يعد مشكلة خطيرة في القلب عادة. ولا أحد حتى الآن يفهم العلاقة بين الحالتين تماما، ومع ذلك فإن الوجود المشترك لمرض القلق مع سقوط الصمام الميترالي الموروث يقدم المزيد من دعم الفكرة القائلة إن هناك بعض الاستعداد الموروث لمرض القلق.

وفي الوقت الراهن نجد أن هناك دراسات تجرى على التوائم المصابين بالحالة. والنتائج تشير إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو متطابقين (identical) مما لو كانا توأمين غير متطابقين (nonidentical). وكثيرا ما تستخدم مثل هذه الدراسات على التوائم للتفريق بين الإسهام النسبي لعوامل البيئة (الضغط والتعلم)، وبين إسهام العوامل الوراثية. فلو كان المرض راجعا إلى التعلم، أو ضغط البيئة لوجبت إصابة كل من كلا التوأمين بنسبة متساوية بغض النظر عن كونهما متطابقين أو غير متطابقين إذ إنهما نشآ معا في الوقت نفسه وفي العائلة نفسها وتعرضا للبيئة عينها. أما إن كان المرض في أصله وراثيا-من الناحية الأخرى-توقعنا إصابة التوأمين المتطابقين كليهما بالمرض حيث يكون تكوينهما الوراثي متطابقا. ونتائج الدراسة على التوائم توحي بأن قوى الوراثة تميل إلى أن تزيد في تأثيرها على عوامل البيئة من حيث الإسهام العام في نشأة الاضطراب.

على أنه يمكن أن يؤدي مثل هذا الضعف الوراثي إلى نشأة ألوان من الشذوذ الكيماوي الحيوي، وبالتالي إلى ظهور الأعراض الجسمية التي يشعر بها الضحايا. فما هي التغيرات الكيماوية الحيوية الشاذة الدقيقة في هذا المرض؟ لا أحد يعرف حتى الآن بصورة أكيدة. ومهما يكن من شيء، فهذا زمن مثير في مجال البحث حيث تحاول فرق عديدة من الباحثين في كليات الطب الكبيرة كشف السر الآن. والسبب في الإثارة أن هناك بعض الإمارات الطيبة. ولم يعد السؤال بين علماء الطب عما إذا كان هناك نوع من الشذوذ الكيماوي الحيوي، أو الشذوذ في عمليات الأيض أم لا.

وإنما أصبح السؤال بالأحرى هو كيف نحدده ونصفه على وجه الدقة قدر المستطاع؟

وأفضل التخمينات حتى الآن يتعلق بنهايات الأعصاب (nerve endings) والمستقبلات (receptors) في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيماوية (chemical messengers) التي تنبه وتستثير المخ. ونهايات الأعصاب هذه من شأنها أنها تنتج منبهات توجد بصفة طبيعية وتسمى كاتي كولامينات (Caticholamine)، والمعتقد أن نهايات الأعصاب في مرض القلق تفرط في نشاطها الكهربائي (overfiring) أي أنها تعمل بجد بالغ، وتسرف في إنتاج هذه المنبهات وربما مواد أخرى غيرها. ثم إن هناك في الوقت نفسه نهايات الأعصاب والمستقبلات التي يكون لها تأثير مضاد: فهي تصنع مهدئات (tranquilizers) توجد بصفة طبيعية، وتسمى الناقلات العصبية الكابحة (inhibitory neurotransmitters) التي تكبح وتهدئ وتخفض من حدة النشاط الكهربائي للمخ. فالظاهر أن الناقلات العصبية أو المستقبلات قد تكون ناقصة نوعا أو كما.

ولماذا تكون ناقصة؟ إن هناك مواد أخرى عديدة تنظم النشاط الكهربائي للأعصاب، وهي تعمل مثل المعجلات (accelerators) أو الكوابح (brakes) لعملية النشاط الكهربائي وتشمل هذه المواد البروستاجلاندينات[1] (prostaglandins) وهي منظمات محلية والأيونات [2] أيونات الكالسيوم خاصة، وهي التي تعبر أغشية الخلايا (cell membranes). وكذلك تنظم الخمائر أو الإنزيمات[3] (enzymes) مدى السرعة في إنتاج وإتلاف هذه المواد في نهايات الأعصاب. وتشير بعض الدلائل إلى أن هذه المواد جميعا قد تكون لها صلة ما باختلال اللبنات، وعجزوا عن التصرف الكيماوي فيها، أو أن حساسية أجسامهم لها كانت شاذة.

ثم وجد طبيب يدعى فريس بتس (Ferris Pitts) في عام 1966 أن حقن المصابين بهذا المرض بمحلول لبنات الصوديوم (Sodium Lactate) في الوريد أدى إلى ظهور نوبات وهلع تشبه أعراضهم الأصلية. وأصبح في الإمكان إظهار الحالة ببساطة بحقن هذه المادة التي يقوم جسم كل إنسان بصنعها استجابة للتدريب البدني. ولو أنك حقنت لبنات الصوديوم في الأفراد العاديين، لما حدث شيء، بينما يؤدي إيقاف الحقن بمحلول لبنات الصوديوم

عند ضحايا مرض القلق إلى زوال الأعراض.

ثم تبين أن وضع أيونات الكالسيوم في المحلول يخفف شدة النوبات. ثم وجد بعد ذلك أيضا أن ثلاث عائلات من العقاقير، وهي المعروفة بأسماء كأبحاث الأمينات الأحادية المؤكسدة (monoamine oxidize inhibitors - MAO) والثلاثيات الدائرية (tricyclics)، وترايا زولو بنزوديازيبين ألبترا زولام)، (Triazoloben Zodiazepine - Alprazolam) تخفف الهلع ونوبات الأعراض التي تسببها اللبنات، فلو أن مريضا-كان حساسا لمادة اللبنات-أعطى حقنة لبنات بعد علاجه الوظائف التي تسبب مرض القلق. والظاهر أن سلسلة من الأحداث تجرى من الجين أو الجينات المتوارثة إلى نواة الخلية (cell nucleus) إلى غشاء الخلية إلى نهايات الأعصاب والكيماويات التي تستخدمها الأمر الذي ينطوي على واحد أو أكثر من العمليات أو الميكانيزمات السابقة. وسوف يتم تمييز بتيدات عصبية[(4)] (neuro peptides)، وناقلات عصبية أخرى-دون شك-تلعب دورا في تلك السلسلة كلما أنكشف الحل، وسيزداد وضوح اللغز كلما أضفنا جزءا من الصورة بعد جزء. والنقطة الهامة هي أنه أصبح لدينا بعض الإطار العام الذي يمكن البناء، عليه كما أن التكنولوجيا اللازمة للبحث المتعمق تتيسر لنا بدرجة أكبر وأكبر.

وقد اكتشف الدكتور ماندل كوهين Mandel Cohen وزملاؤه في كلية الطب بجامعة هارفارد مفتاحا آخر لطبيعة المرض الجسمية. فقد وجدوا في الأربعينيات أن بعض المرضى بالقلق الشديد يغلب عليهم ألا يطيقوا أو يتحملوا زيادة التدريب البدني. أي أن أعراضهم تسوء عند إجبارهم على التدريب البدني فترة طويلة في المختبر كأن يمشوا على السير المتحرك مثلا. إن مادة اللبنات (lactate) هي واحدة من المواد الرئيسة في النواتج الجانبية للنشاط العضلي. وقد ظهر-حين البحث عن الأمارات-أن مستوى اللبنات في الدم عند هؤلاء المرضى كان يزداد ارتفاعا. ويبدو-لسبب ما-أن هؤلاء الناس لو أنهم أفرطوا في إنتاج واحد من هذه العقاقير لما ظهرت عليهم نوبات الهلع. ذلك أن العقاقير تغير الأيض عند المرضى بطريقة لا تجعل حساسيتهم شاذة لمادة اللبنات، وعلى ذلك تكون استجابتهم مرة أخرى أشبه بالناس العاديين. وقد استخدم فريق من الباحثين في كلية الطب بجامعة واشنطن عام 1984 تقنية جديدة تسمى الفحص المقطعي بانطلاق

البوزيترون (Positron emission to mography (PET) scanning) للحصول على صورة لسريان الدم في الأماكن المختلفة من المخ أثناء نوبة القلق الناشئة عن اللبنات. ووجدوا شذوذا في التماثل في سريان الدم بين الجانب الأيسر والأيمن في منطقة صغيرة من المخ تسمى الفص المجاور للهيوكامبس (Parahippocampal gyrus) وهي منطقة يعتقد أنها تلعب دورا هاما في التعبير عن الانفعال وعند الخوف. وكانت هذه أول مرة يتم فيها تمييز شذوذ محدد في المخ في هذا المرض، مرض القلق. وأصبح الذي كان في الماضي شعورا يحسه المريض وجده شيئا يمكن رؤيته وتصويره وتحديده بطريقة موضوعية.

وقد تم اكتشاف عقاقير أخرى-بعد هذه الاكتشافات الأولية-لها نفس التأثيرات المسببة للهلع كاللبنات، وهذه العقاقير تشمل مواد مثل أيزوبروتيرينول (isoproterenol) واليوهيمبين (yohimbine)، وتشترك العقاقير التي تظهر الحالة مع ميكانيزمات المرض في بعض آثارها، كما أن تلك العقاقير التي تقضي على الأعراض لا بد من أنها تشترك في خصائص عامة بها تأثيرات مضادة على المرض. وسوف تزودنا هذه التأثيرات المحددة-حين فهمها-بمفاتيح قيمة لمعرفة السبب في المرض بالضبط.

وقد بين الدكتور يوجين ريدموند (Eugene Redmond) في سلسلة من الدراسات في السبعينيات تأثير أجزاء معينة في المخ على السلوك والاستجابة الانفعالية عند الخوف. فغرس سلكا أو لاقطة كهربائية (electrode) في مركز صغير من المخ الأسفل يسمى منطقة كيروليوس (locus Coeruleus) في القرود مقطوعة الأذناب (Stumptailed). وعندما تم تنبيه هذه اللاقطة كهربائيا سلكت القرود مسلكا أشبه بالهلع والقلق والخوف، كأن خطرا يوشك أن يقع عليها. ثم أدى إتلاف هذا المركز الصغير في المخ عند القرود إلى تأثير مضاد على النقيض، فقد أظهرت القرود-عند فقدان وظيفة منطقة كيروليوس-أنها فقدت الاستجابة الانفعالية للتهديدات، وأصبحت بغير خوف ظاهر من اقتراب الناس أو القرود المتسلطة. وكانت من الناحية الاجتماعية أكثر عدوانا، وزاد تجوالها في أقفاصها أكثر كثيرا من ذي قبل وأكثر من القرود العادية. ولما كان في منطقة كيروليوس أكثر الخلايا العصبية كثافة في احتوائها على مادة نورإبينفرين (norepinephrine)

فقد تصور ريدموند من هذه الدراسات أن الهلع والخوف ينشآن من إفراط النشاط في هذه الخلايا العصبية من المخ.

إن القدرة على إظهار أو إخفاء القلق والخوف في الحقيقة على هذه الصورة توضح احتمال أن تكون هذه المشكلة جسمية مادية. ومنطقة كيروليوس تقع في المخ في مكان من أكثر الأمكنة نفاذية وهي بهذه الطريقة من أكثرها حساسية لتغيرات الأيض الموضعية. بحيث إنه عند وقوع هذه التغيرات الكيماوية الحيوية المرتبطة بمرض القلق، نجد أن هذا الموضع أو الجزء من المخ أكثر الأجزاء حساسية للتغيرات ونجده يستثار لإظهار رد فعله المتميز للخوف.

وأيا ما كان إسهام الاضطراب البيولوجي في إحداث مرض القلق، فالنتيجة أن المرضى يتعرضون لنوبات فجائية من نوبات القلق التلقائية بمعدل يتراوح من مرتين إلى أربع مرات أسبوعيا يكون لها أثر نفسي ساحق. ويشعر المرضى بالقلق والخوف نتيجة هذه النوبات. وتؤدي جوهر الأيض المركزي الذي يغذيه الاختلال الكيماوي الحيوي الظاهر إلى إطلاق الأعراض في جسم المريض كله. وسنرى في الفصول التالية نتيجة هذا الميكانيزم، وكيف يؤدي بدوره إلى تحريك قوى أخرى.

15 القوة الثانية: التعلم الشرطي

Force2: Conditioning

لا بد من أن ما لاح على وجه ماريا من أمارات الشرود والتدبر هو الذي دفع صديقتها إلى أن تسمح لها بحمله. قدرت ماريا أن التصرف ينطوي على الرقة وحسن المقصد، ولكنه بالنسبة إليها كان تحديا واختبارا لأمومتها. وأحست والطفل بين ذراعيها أنها تواجه الاختبار. وتراجع بعض عقلها إلى الوراء يلاحظها ويحكم عليها، وبسبب كل هذه المشاعر في استطاعتها أن تتصرف بصورة طبيعية، وسرعان ما أحست الطفلة-كما يفعل الأطفال جميعا-بضيق ماريا وبدأت تنزع نفسها بعيدا في خوف ثم بدأت تبكي. وحاولت ماريا جاهدة أن تهدئ الطفلة ولكن فرض نفسها على الطفلة جعل الأمور أكثر سوءا، وعلى ذلك استردت صديقتها الطفلة وهدأتها في صبر. ثم أضاف نجاح صديقتها في تهدئة الطفلة مزيدا من شعور ماريا بالفشل. وأكدت الواقعة ما كانت تخشاه من أن الأطفال يمكنهم إدراك مشاعرها والاستحالة لها بالخوف والقلق الأمر الذي يؤدي إلى رفضهم إياها. وظنت

ماريا أنه لو تكرر حدوث ذلك بدرجة كافية فسوف تدرب أطفالها على أن يكون لديهم شعور بالخوف. لم تكن ماريا تعرف بالضبط كيف يتعلم الناس المخاوف المرضية، وإن كانت تذكر أنها قرأت مقالات عن الموضوع كما تذكرت من مقررات علم النفس الجامعية التي درستها أن الأمر ينطوي على التعلم الشرطي Conditioning لكنها هي نفسها، على الرغم من ذلك، لم تستطع أن تتذكر أنها اكتسبت أو تعلمت مخاوفها من أي إنسان، فإذا كان التعلم عاملا في نشأة مخاوفها المرضية، فكيف يعمل التعلم، وما هي الصلة بينه وبين الجوانب الكيماوية الحيوية من الاضطراب؟

إن القوة الثانية الرئيسة في مرض القلق تتضمن عدة أنواع مختلفة من التعلم الشرطي. ومن شأن العقل أنه يستجيب لنوبات القلق التلقائية بأن يحاول تجنبها لكن هذه العمليات التي تهدف إلى حفظ الذات-وإن كانت توفر الحماية من جانب-قد تزيد من جانب آخر في تقييد المريض وفي أوجه العجز والاكتئاب عنده. وهذا يؤدي إلى قيام معركة بين حفظ الذات من ناحية وتزايد العجز من ناحية أخرى.

وكلما قويت استجابة حفظ الذات ازدادت درجة العجز والقصور في العادة. فالتغلب النفسي على العجز ينطوي على المخاطرة، أي ألا يخضع المرء لحماية ذاته كليا، وهو لهذا السبب قد يصبح أمرا مهددا مخيفا. والآن نبحث كيف تؤدي نوبات القلق التلقائية إلى الآثار التي تحدثها، وكيف أنها وإن كانت توفر الحماية من ناحية إلا أنها تجد القلق والمخاوف المرضية أكثر سوءا.

الميكانيزم أو العملية الأولى

التعلم الشرطي الكلاسيكي (Classical Conditioning)

من الممكن أن ترتبط أي واقعة في الذهن استجابة خاصة معينة. والآثار التي تحدثها نوبات القلق التلقائية في الإنسان آثار مباشرة واضحة، فهي تؤدي إلى أعراض في الجسم كله كما يؤدي إلى استجابة القلق والخوف. وإذا كانت كلاب بافلوف[5] قد تعلمت أن تربط بين الأجراس والطعام، ولذلك كان لعابها يسيل عند سماع الأجراس وإن غاب الطعام، فكذلك الحال حين يتفق وقوع أمر ما عندما يخبر الفرد نوبة من نوبات القلق

التلقائية، وإذا بهذا الأمر يكتسب القدرة على إحداث استجابة القلق والخوف حتى وإن لم تكن هناك نوبة من نوبات القلق التلقائية.

فالإنسان الذي كان راكبا في مترو الأنفاق حين حدثت النوبة سوف يشعر باستجابة بدنية عندما يجد نفسه مرة ثانية في نفق لا ارتباط بينه وبين النفق الأول على الإطلاق. وعندئذ يصبح مترو الأنفاق بعد ذلك مثيرا لاستجابة القلق والخوف، أي استجابة الهرب (الرغبة في الابتعاد)، وبذلك تنشأ الفوبيا أو الخوف المرضى في آخر الأمر وهي الرغبة في تفادي النفق في المستقبل). وعادة ما يحدث مثل هذا الارتباط بين النوبات التلقائية والوقائع المختلفة مرات عديدة من قبل أنه يستقر الخوف المرضي، أو الفوبيا. ومع ذلك نجد أن النوبة التلقائية إذا اشتدت إلى درجة كافية فقد لا تحتاج إلا إلى أن تقع مرة واحدة لتنتج عن ذلك الفوبيا أو الخوف المرضي.

إن السرعة التي نجد المصابين بهذا المرض يكتسبون الفوبيا أو المخاوف المرضية أحيانا تبعث على التساؤل عما إذا كانت التغيرات الكيماوية الحيوية في الجهاز العصبي والمرتطبة بالنوبات التلقائية قد تعجل بطريقة ما كيماوية مثل هذا التعلم السريع للفوبيا أو للمخاوف المرضية الجديدة.

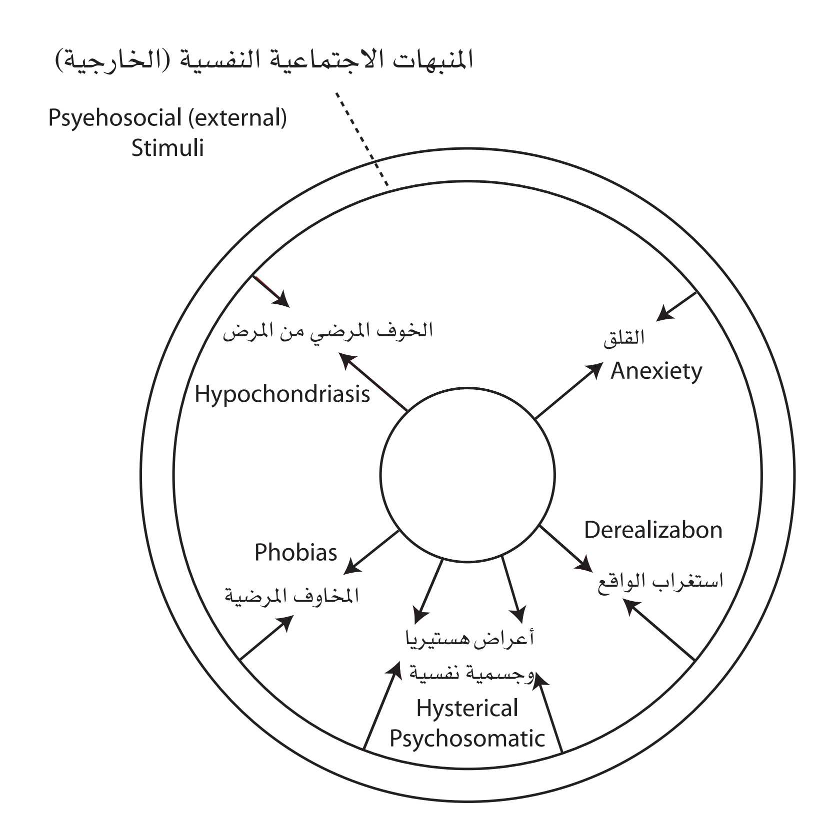
ومع مرور الزمن وكلما ازداد وقوع النوبات التلقائية في أماكن وملابسات متنوعة، ازداد عدد الأماكن التي تستثير القلق والفوبيا. وبالتالي سلوك التجنب. وينبغي التأكيد هنا أنه لا يلزم أن يكون هناك ارتباط أو علاقة بين واقعة معينة وبين النوبة التلقائية الأصلية كي تصبح الواقعة بؤرة لنوع جديد من الفوبيا أو الخوف المرضي. فهناك أشياء كثيرة جدا يجوز أن تصبح مثيرات للقلق دون أن يكون لها أي ارتباط بالقلق في السابق على الإطلاق.

فقد رأينا كيف يمكن أن يتحول أي شيء من قبيل أقماع (الآيس كريم)، أو معكرونة الاسباجتي، أو الاسترخاء على الشاطئ في الشمس ليصبح بؤرة للفوبيا أو المخاوف المرضية على هذا النحو.

ويوضح شكل (4) العلاقة بين هذا التعلم بالارتباط وبين الأسباب المادية لمرض القلق. في أول الأمر ينطلق القلق والخوف وأعراضهما من داخل الفرد أولا بوساطة النوبة التلقائية نتيجة شذوذ هو في جوهره كمياوي

(Figure 4. Sources of Symptoms Induction)

شكل 4 المصادر المسببة للأعراض



وحيوي. ثم يمر الزمن فتكتسب المواقف المختلفة في البيئة بالارتباط أيضا القدرة على إحداث القلق والخوف والفوبيا أو المخاوف المرضية، وقد تتوقف النوبات التلقائية في أي وقت من مجرى الاضطراب. ولكن المخاوف المرضية التي تستثيرها المواقف المختلفة قد تستمر. وبالإضافة إلى ذلك نجد المخاوف المرضية تقوى وتشتد عند هذه المرحلة عن طريق عمليات أو ميكانيزمات أخرى سنتعرض لها بعد قليل وعن طريق تكرار التجنب.

ويكون لدى المرضى عادة وبعد عدة سنوات س الإصابة بمرض القلق مزيج من النوبات التلقائية ومن القلق والمخاوف المرضية التي تستثيرها

هذه المواقف المختلفة. ونتيجة لذلك تستثار أعراض القلق والمخاوف المرضية وتغذى من داخل المريض بوساطة المرض ومن الخارج بوساطة المواقف المختلفة. لكن المرضى يصفون هذين النوعين من خبرات القلق بأنهما مختلفان، أما الخبرة الأولى فهي النوبة التلقائية التي تستند في الأساس إلى المرض، وأما الثانية فهي القلق الاستباقي أو التوقعي (anticipatory) الذي ينشأ عن ارتباط الموقف بالنوبة التلقائية الأصلية. وبعد أن يتقدم مرض القلق لعدة سنين، نجد أن النوبات التلقائية تكون من عشرين إلى خمسين في المائة من خبرات القلق عادة، وأنها تحدث بمعدل مرتين إلى أربع مرات، أما النسبة الباقية فهي ألوان من القلق التوقعي نتيجة الخوف من المواقف المختلفة.

ويوضح هذا النموذج عدة نقاط: فقد يتعلم المريض بالنوبات التلقائية أن يخاف خوفا مرضيا من أي موقف من المواقف المختلفة. وكلما طال عليه مرض القلق واشتدت النوبات التلقائية وزاد عددها اكتسب المريض مزيدا من المخاوف المرضية أو أنواع الفوبيا.

الميكانيزم أو العملية الثابتة: الأثر التموجي (The Ripple Effect)

تصور نقطة تسقط على سطح بركة ماء ساكنة تماما. وحين تصادم النقطة السطح يكون أثرها الأكبر عند نقطة الصدام، ولكن التموجات سرعان ما تنتشر إلى أماكن أبعد في البركة، كما تضعف هذه التموجات أثناء انتشارها. وبذلك يتضح أن ما تحدثه النقطة من تأثيرات يتجاوز نقطة الصدام الأصلية كثيرا.

والمخاوف المرضية والقلق تنتشر بطريقة مشابهة. ويشار إلى ظاهرة الأثر التموجي هذه باسم: تعميم المنبه stimulus generalization ولنفرض مثلا أن مريضة أصابتها نوبة تلقائية أثناء زيارتها جارتها لتشاهد قطتها الجديدة. وأنها أصبحت بعد ذلك تتجنب بسبب الفوبيا كل القطط. ثم أصبحت عندئذ تخاف من كل الحيوانات ذوات الفراء، بل ومن ارتدائها هي ملابس الفراء، ثم صارت تحس بالضيق في النهاية حتى عند رؤية امرأة غريبة تلبس معطفا من الفراء. أي أن المثير الأصلي انتشر أول الأمر إلى الأشياء التي ارتبطت به، ثم انتشر مع مرور الزمن إلى ميدان أرحب ليشمل الأشياء

المرتبطة به من بعيد، والتي صارت مثيرات جديدة للقلق. كما أن المثيرات التي هي أكثر بعدا لم تبلغ من القوة في إحداث القلق مثل ما بلغ المصدر المركزي.

وقد أوضحت الدراسات أن هذا التعميم للمثير يكون أكبر وأوسع عندما يكون الفرد مدرك لما يثير القلق عنده. ولما كان المصابون بمرض القلق يشتكون من نوبات مفاجئة من القلق التلقائي تحدث من غير استثارة وبغير إنذار فإننا نتوقع أن ينتشر قلقهم مثل التموجات وأن يشمل أنواعا جديدة من الفوبيا أو المرضية بسرعة أكبر.

وبهذه الطريقة يمكن أن تتحكم مجموعات معقدة من المثيرات الداخلية والخارجية في كل من القلق والتجنب المستند إلى الفوبيا أو المخاوف المرضية. وهذان «أي القلق والتجنب» قد يكونان على صلة وثيقة بالمنبهات المركزية غير الشرطية. (Central unconditioned stimuli) أو قد يكونان بعيدين عنها. فالفوبيا أو المخاوف المرضية قد تنتشر إلى مواقف وأشياء أخرى تكون مشابهة من الناحية المادية، أو تبدو مشابهة من الناحية اللفظية أو الإسمية فقط، بل وقد تنتشر إلى مواقف متفردة بكل إنسان، لأننا نجد شبكة التداعي والارتباط وحيدة متفردة عند كل إنسان. ثم إن قدرة المثيرات الجديدة على أن تؤدي إلى القلق والمخاوف المرضية بالطرق العديدة التي ناقشناها في هذا الفصل أمر يزيد العملية تعقيدا، كما أنه يزيد من صعوبة المحاولات التي تبذل لتفسير الاضطراب في المخاوف المرضية عن طريق الوسائل النفسية أو السلوكية وحدها.

الأسلوب الثالث: التعلم بالمكافأة والتدريب على التجنب

(Reward Learning And Avoidance Training)

أجرى ب. ف. سكينر B. F. Skinner - وهو أستاذ لعلم النفس بجامعة هارفارد ومن أعظم العلماء في القرن العشرين-سلسلة من الدراسات تهدف إلى بيان كيفية التأثير في السلوك. وباستخدام الحمام حاول بطريقة منظمة أن يصنف الأساليب العديدة التي يستطيع بها أن يزيد من الشدة والتكرار في سلوك النقر عندها. وقد وجد عدة أساليب ثلاثة منها مشهورة تماما في الوقت الراهن.

أولها يسمى التعلم بالمكافأة. فقد كان سكينر يعطي الحمامة مكافأة «قرص طعام صغير» عندما يريد أن يزيد نوعا من سلوك النقر أو الالتقاط. فإذا نقرت الحمامة ذات اليمين مثلا ظهر القرص في الحال. أما النقر في الاتجاهات الأخرى فلم يكن يكافأ أو يثاب. فصارت الحمامة بعد فترة وجيزة تنقر ذات اليمين أكثر مما كانت تفعل في الأحوال العادية. خلص سكينر من هذه التجربة إلى مبدأ له تطبيقات عامة في التعلم. لقد وجد أن كل سلوك يزداد تكرارا وشدة حين يعقبه التدعيم (reinforcement). وهناك طرق عديدة قد يؤثر بها هذا المبدأ على القلق وأعراض الفوبيا أو المخاوف المرضية. من ابرز هذه الطرق أن إعطاء تعويضات مالية عن العجز لمريض بهذه الأعراض قد يؤدي بالفعل إلى تدعيم الأعراض. قد يكون تقديم التعويضات أمرا محمودا من ناحية العطف والإنسانية، ولكننا لا ينبغي ألا نغفل عن حقيقة واقعة وهي أن ذلك يؤدي إلى تدعيم السلوك.

أما الأسلوبان الآخران المشهوران في التدعيم اللذان وصفهما سكينر فهما التدريب على الهرب والتدريب على التجنب. ففي التدريب على الهرب نجد الارتياح المترتب على الهرب من شيء كريه-كصدمة كهربائية-نوعا من الإثابة أو المكافأة الإيجابية. وفي مرض القلق نجد أن الهرب من موقف سبق أن حدثت فيه نوبة تلقائية مدعاة إلى زيادة الاحتمال في هرب الشخص في المرة التالية ربما في وقت أقصر وبسرعة أكبر. وذلك لأن شدة القلق تنقص عادة أثناء هرب الشخص، حيث إن السر الذي تستغرقه النوبات محدود في العادة، وبذلك يصبح الهرب مرتبطا بالارتياح من القلق. وفي التدريب على التجنب يصبح كل سلوك يبدو أنه يمنع ظهور الخبرة الكريهة وانه يقي الفرد منها نوعا من الإثابة بالفعل. وفي حالة مرض القلق يؤدي تفادي مواقف الفوبيا إلى زيادة شدة الفوبيا ذاتها حقا.

إن «بطانيات» الأمن[6] 'security blankets' هي نوع عجيب من المزايا الإضافية لهذه الأنواع من التعلم الشرطي. وحين يتحدث المرضى عن «بطانيات» أمنهم فغالبا ما يفعلون ذلك على سبيل الاعتذار، أو في شيء قليل من الحرج. وكما يربط المرضى بين مواقف معينة وبين الخوف فإنهم ينتهون كذلك إلى الربط بين أشياء معينة وبين الشعور بالارتياح والخلاص. وكثير من المرضى بهذا الاضطراب يتخذون لأنفسهم بطانيات أمنهم الخاصة

لتخفيف القلق، أو منع النوبة، أو لمواجهة الخبرة بطريقة ما، وغالبا ما تساعد هذه الأمور إلى حد ما بعض أفراد المرضى.

كانت إحدى السيدات تجد نفسها بحاجة إلى تجهيز وجبة طعام كاملة متوازنة في اليوم السابق على سفرها ولو في رحلة قصيرة من عشرة أميال أو أكثر. وكانت تجد نفسها مضطرة إلى تعبئتها لعناية في حاويات وقوارير من أجل الرحلة. ولم تكن تأكل هذه الوجبات قط، ولكنها كانت تحملها من باب الحيطة فقط. إذ كانت تظن أن الطعام المناسب قد يساعد في نوبات الإغماء عندها.

وسيدة أخرى كانت تحمل زجاجة من الفودكا في حقيبتها وسيارتها حيثما ذهبت. وظلت معها زجاجة الفودكا ذاتها مغلقة طوال خمس سنين. وكانت سيدة ثالثة تحس بالخوف عند قيادة السيارة إذا لم يكن كلبها إلى جوارها. ثم إن سيدة رابعة اشترت جهاز استقبال للنشرة الجوية حتى تكون في مأمن من عاصفة تدهمها أو تعتقلها. ويحس بعض الناس بالطمأنينة حين يحملون معهم أدوية قد انتهى أجلها. وكانت إحدى السيدات يشتد بها الخوف الزائد من أن تبعد بسيارتها كثيرا عن بيتها خشية أن تصبح مضيعة معتقلة لا تجد من يعينها. ثم عملت على أن يتم تركيب هاتف في سيارتها فأصبحت تحسن القيادة ولا تشكو شيئا. ثم اختل الجهاز في سيارتها في أحد الأسابيع فعادت إليها الفوبيا أو المخاوف المرضية من أن تقود سيارتها بدون الهاتف.

إن بطانيات الأمان هي دائما ممتلكات شخصية فردية جدا. وهي قد تبدو غريبة في نظر الآخرين، ولكنها مع ذلك يمكن أن تزيد في قدرة الناس على التحمل ومواجهة المواقف. وهي قد تكون بالنسبة للبعض الأمان الوحيد الذي يجدونه وسط حياة من الفزع. وقد لخصت إحدى المريضات الأمر كله حين قالت: «قد يكون الأمر غريبا ولكنه كل ما أملك».

الميكانيزم الرابع أو العملية الرابعة: Mechanism 4
الحرب الأهلية في داخل الجسم (Civil War Within The Body)

قد يؤدي نشاط عضو في الجسم إلى نشاط عضو آخر، حتى وإن لم يكن قد سبق لأحدهما أن أثر في الآخر تأثيرا يؤبه له. وقد حاول أحد

المرضى الأذكياء من ذوي القدرة الطيبة على الملاحظة أن يجد بعض الخيوط التي يمكن أن تفسر السبب في أن عددا كبيرا من نوباته التلقائية كانت تعتريه من غير سبب وجيه.

فبينما كان يشاهد اللحظات الختامية لمباراة مثيرة في كرة القدم على التلفاز إذا به يجد قلبه يسرع في نبضه، يركبه الهلع وتنتابه سلسلة من الأعراض الأخرى. وقد أزعجه هذا لأنه انتزعه من لعبته.

وقد حدث الشيء نفسه حين كان يصعد الدرج بسرعة، أو يمارس الرياضة البدنية، أو يستغرق في العلاقات الجنسية القوية، أو يغرق في الضحك، أو يبلغ غاية الابتهاج بأي شيء.

وبعد أن ظل يدون الملاحظات عن نفسه طول فترة من الزمن وجد علاقة بين ازدياد سرعة قلبه وبين أعراض القلق التي بدا أنها تتلو ذلك مباشرة على الدوام.

والذي حدث في الظاهر أنه كان يصاب بنوبة تلقائية من القلق ونوبات الأعراض في أحيان عديدة بعد تزايد سرعة قلبه نتيجة أي سبب ولعل هذا حدث مرات كثيرة. وأكتسب تزايد سرعة القلب-بواسطة الارتباط-قدرة على إحداث القلق والأعراض في أعضاء الجسم الأخرى حتى وإن لم يكن هناك ما يدعو للقلق. والنتيجة أن عضوا في الجسم قد أكتسب القدرة على إحداث القلق والخوف على الرغم من أنه لم يفعل ذلك أبدا من قبل، ولم يخلق ليقوم بذلك فالمسألة ليست قاصرة على أن القلق يمكنه أن يؤدي إلى كل أنواع التغيرات البدنية في أعضاء الجسم المختلفة، وإنما نجد كذلك أن العضو أو بعض وظائف الجسم قد يصبح هو الآخر مثيرا للقلق أو النوبة.

وهذا التعلم الشرطي الصادر عن الباطن أو الباطني كما يسمى 'interceptive conditioning' يستغرق في تطوره ونشأته زمنا أطول من التعلم الشرطي للمثيرات الخارجية. لكنه مع ذلك إذا تمكن، زاد رسوخا في الغالب، وأصبح ارتداده إلى ما كان عليه أمرا صعبا. ولعل هذا يفسر لنا السبب في أن كثيرا جدا من الأعراض التي لا علاقة بينها في الظاهر يستثير بعضها بعضا في مجموعات وتواليف مختلفة كما يفسر لنا السبب في أن المريض يعجز في الغالب عن فهم هذه الأنماط.

الميكانيزم والعملية الخامسة: Mechanism 5
(High Arousal Regression)

الأساليب السابقة تفسر بعض الطرق التي تنشأ منها الفوبيا أو المخاوف المرضية ولا تفسرها جميعا. ولما كانت نسبة كبيرة من نوبات الهلع في مرض القلق تظهر تلقائيا، فإننا نتوقع اختيارا عشوائيا للمخاوف المرضية. لكننا نجد مع ذلك عند هؤلاء المصابين بنوع مزمن شديد من المرض، أن هناك نمطا تتخذه مجموعات الفوبيا المتعددة التي تم اكتسابها:

- المخاوف من أن يصاب المرء بالجنون، أو من أن يفقد سيطرته على نفسه أو من أن تغلبه على أمره وتسيطر عليه بعض المشاعر والأحاسيس الباطنية.
- مخاوف القلق من الانفصال (Separation anxiety fears)
- المخاوف الاجتماعية.
- المخاوف من أن يتعرض الجسم للمرض أو الإصابات أو الخشية من أن تسوء الصحة وتعتل.

فلماذا يكتسب عدد كبير جدا من المرضى هذه المجموعات المعينة من المخاوف المرضية؟

الكلاب العصابية عند بتروفا (petrovo's Neurotic Dogs)

أجرت بتروفا-وهي من تلاميذ بافلوف-سلسلة من الدراسات على الجراء الصغيرة، وجعلتها في مبدأ الأمر تكتسب بالتعلم الشرطي الفوبيا أو المخاوف المرضية من المنبهات الضارة، ثم عولجت الجراء بعدئذ حتى زالت عنها هذه المخاوف. وبعد ذلك بزمن طويل عندما أصبحت الكلاب بالغة جعلتها المجربة تصاب بالعصاب التجريبي، وعرضت لحالة من الاستثارة العالية عن طريق الضغط. فعاد إليها وهي في تلك الحالة من الاستثارة العالية ما كان عندها-وهي جراء-من التجنب الفوبي للمنبهات الضارة. وتبين هذه التجربة وغيرها من التجارب على الحيوانات أن الحيوان حين يتعرض للضغط ثم يمنع من استخدام أسلوبه المعتاد في تناول الموقف أو ينتهي استخدامه إياه بالفشل، فإنه يحدث نكوص أو ارتداد إلى الأساليب السابقة القديمة في مواجهة المواقف وتناولها. وبعبارة أخرى إن حالة الإثارة العالية

في حياة البالغين يمكن أن تنشط من جديد سلوك الخوف الذي كان قائما في مرحلة مبكرة من مراحل النمو.

والأبحاث في التحليل النفسي والنمو النفسي تصف أنواعا عديدة من القلق يقال إنها نمطية شائعة في الطفولة. وأول هذه الأنواع يسمى قلق النزعة (impulse anxiety) ويقال إنه يحدث حين تطغى على الرضيع الحاجات والمشاعر التي يعجز عن السيطرة عليها في حالته التي هو عليها من العجز والقصور. وقد يؤدي النكوص أو الارتداد نحو هذا السلوك القلق إلى تنشيط المخاوف من فقدان السيطرة على الذات، ومن أن تطغى عليه وتستبد به أحاسيس داخلية.

أما مرحلة القلق النمطية الثانية التي قد يخبرها الأطفال في عمر يتراوح بين ثمانية شهور وثلاث سنوات فتسمى قلق الغريب (stanger anxiety). والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة قد يتم تنشيطه ليتخذ صورة فوبيا أو مخاوف مرضية اجتماعية.

أما مرحلة القلق الثالثة، وتشاهد بصورة نمطية في الأطفال فيما بين سنتين وأربع سنوات من العمر، فتعرف بقلق الانفصال (separation anxiety) والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة يمكن أن يبعث أو ينشط المخاوف التي تميز المصابين بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة (agora phobics)- حين يخافون من البعد عن الدار، أو نقاط الأمان أو البعد عن الأصدقاء أو العائلة أو من أن يتركوا وحدهم-.

ويقال إن قلق الانفصال يضمحل في سن الرابعة أو الخامسة من العمر لتحل محله المخاوف من الإصابة أو المرض الجسمي، وقد سمى فرويد هذا الخوف قلق الخصاء (castration anxiety). وقد يبدو النكوص أو الارتداد إلى هذه المخاوف في صورة المخاوف المرضية أو الفوبيا من المرض والإصابة وتوهم المرض.

إن هذا النوع من النكوص أو الارتداد بوصفه نتيجة حالة من الإثارة العالية-الناشئة عن نوبات الهلع غير المتوقعة-يفسر تفسيرا جزئيا نوع النمط الذي تتخذه الفوبيا عند هؤلاء المرضى. وقد يكون هناك بعض الميكانيزمات أو العمليات البيولوجية التي تنظم التطور خلال هذه الفترات الحرجة من الخوف عند الأطفال. وقد يولد الناس باستعداد بيولوجي لتعلم مخاوف

مرضية معينة-كالتي سبق وصفها-بطريقة أسهل من تعلم مخاوف أخرى، فالمعتقد أن القردة من نوع ريزوس (Rhesus monkeys) مثلا تولد ولديها استعداد بيولوجي يهيئها لتعلم واكتساب فوبيا الثعابين أو الحيات بدرجة أيسر مما يمكن تدريبها الشرطي على الخوف من الأزهار. ولعل من المحتمل أن بعض المخاوف المعينة يمكن أن تكتسب وتنطبع بدرجة أيسر من بعض المخاوف الأخرى في المراحل الحرجة المختلفة من الحياة. وقد يؤدي الجوهر البيولوجي لمرض القلق إلى إعادة تنشيط عملية الاكتساب أو الانطباع والتهيؤ البيولوجي. ولعل من المحتمل تماما أن التغيرات الكيماوية الحيوية-التي تحدث أثناء نوبة القلق غير المتوقع-ترتبط بغير في إنتاج بعض المواد الكيميائية العصبية المعينة، تغيرا يؤدي إلى تغيير أنماط التعلم السوي، ويجعل التعلم الشرطي للمخاوف المرضية أيسر وأسرع وأتم وأبقى. وقد تكون هذه العملية نوعا من الافتراض أو التأملات الظنية، إلا أنها تتفق مع بعض الحقائق التجريبية وبعض النظريات النفسية الأولى (مثل نظريات فرويد) وبعض الظواهر الإكلينيكية المحيرة الأخرى.

16 القوة الثالثة: الضغط Stress

حاول الناس-حين ساءت حالة ماريا-أن يساعدوها على فهم مشكلتها ومواجهتها أو تناولها. طمأنوها بأن حالتها هي مجرد ضغط واقع عليها هي في حاجة إلى استبعاده من ذهنها. وقد قيل لها مرات كثيرا جدا أن من واجبها الابتعاد عنه حتى أصبحت تخشى أنها ستنفجر بالصراخ عند سماع هذه النصيحة مرة أخرى. وظن الناس أن الأمر كله من نوع ضغط البيئة. وشعر آدم أن الضغط هو السبب. وكان الحل المنطقي يكمن في أن تواجه ماريا الضغط مباشرة إذا هي استطاعت تحديده. وذهبت في بحثها عن الحلول إلى محلات بيع الكتب والمكتبات العامة لتقرأ عما يمكن أن تفعله بصدد ذلك. وكان كل ما وجدته من المادة المنشورة يتحدث عن ثلاثة أشياء بعينها بطرق عديدة مختلفة التناول وهي: أن مشاكلها كانت تكمن جميعا في رأسها وأنها ناشئة عن الضغط، وأن عليها تحديد المشكلة الدقيقة، وأن في استطاعتها التغلب عليها بتناولها أو مواجهتها بصورة مباشرة.

وقد قرأت ماريا العديد من هذه الكتب. ولم

تصدق في الواقع أبدا أيا منها كليا. إذ أحست أولا أن قلقها وأعراضها ليست ببساطة مسألة ضغوط البيئة. ولم تستطع أن تحدد سببا وجيها لا من الناحية النفسية ولا من ناحية البيئة لإصابتها بهذا في المحل الأول. فلم تستطع تحديد المشكلة حيث إن المشكلة كانت إصابتها بالنوبات. وإذا كانت لديها مشكلة فهي أنها غير مفهومة عندها. وقد حاولت كل الاقتراحات في الكتب ولكنها لم تساعدها كثيرا. ولم تكن تستطيع أن تفهم السبب في أن تكون هناك كثرة من الكتب التي تذكر جميعا الشيء نفسه. ولماذا لم تنفعها هي؟ وهل كان الآخرون المصابون بهذه المشكلة مختلفين كثيرا؟

وكان من العسير على ماريا أن تعتقد بأنها الشخص الوحيد العاجز الذي لا يستجيب. ربما كان من واجب المؤلفين أن ينفقوا وقتا أطول في الاستماع إلى أناس مثلها، وأن يتناولوا تلك الخبرة كما وجدوها في الظاهر وأن ينفقوا وقتا أقل في الكتابة عن أفكارهم ثم أنفسهم عنها. فإن هؤلاء الناس هم في آخر الأمر قوم أسوياء. لقد كانت هي مصابة وهم كانوا في حاجة إلى خبرتها حتى يتمكنوا من أن يكتبوا في الموضوع كتابة دقيقة. أي أن خبرتها كانت بمثابة المادة الخام الأولية لكتبهم، ولذلك كان من واجبهم أن يستمعوا إلى قصتها.

فالقوة الثالثة الرئيسة في مرض القلق هي الضغوط. وقد أصبح من الحقائق المسلم بها أن ضغوط البيئة قوة تسبب القلق. والمشكلة هي أن هذا التفسير يبدو من الوضوح بحيث أصبح مقبولا على أنه التفسير الوحيد فقط لخبرة القلق. وحتى لو تم الاعتراف بتفسيرات أخرى فإن دوره كقوة رئيسة لن يكون موضع تساؤل، وصار من العسير فيما يبدو أن يكون هناك نوع من القلق لا يرتبط بصفة أساسية بالضغوط. لقد كان من الواجب أن يتفق التفسير بضغوط البيئة-باعتباره السبب الوحيد في التفسير-مع كل أنواع القلق. لكن.. ما بالنا نقول إن وجدنا نوعا من اضطراب القلق لا تلعب فيه ضغوط البيئة إلا دورا ضئيلا؟ وهل يمكن أن تكون هناك مثل هذه الحالة التي تسهم فيها ضغوط البيئة بنسبة عشرين في المائة، أو حتى عشرة في المائة أو أقل من ذلك؟ الظاهر أن دور ضغوط البيئة في مرض القلق قد بولغ فيه إلى حد ما في الماضي.

ومع ذلك نجد القلق يلعب دورا ما بالتأكيد في كثير من الحالات. ويمكن

في الغالب تحديد نوعين من الضغوط كسببين هامين في إحداث المتاعب. فهناك الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تختل في البيئة: حين يتعرض إنسان للتهديد، أو يفقد وظيفته، أو يواجه الطلاق، أو إصابة طفله بالمرض. والجندي في الخط الأمامي للجبهة، وضحية الإغتصاب أو السرقة، والوالد الذاهل بحثا عن طفله المفقود، والأب الذي لا عمل له ويركبه الهم المتصل بكيفية تدبير الطعام لأسرته، كل أولئك صور شائعة للقلق.

أما النوع الثاني من القلق فهو مرتبط بالصراع (conflict-related). تتصارع قوتان متضادتان. فقد تكون هناك رغبة قوية في عمل شيء مع تحريم قوي في الوقت نفسه يقول لا يمكنك أن تفعل. قوتان كلتاهما واقعتان بدرجة متساوية وتحتاجان إلى الإشباع، وتتبادلان الشد في اتجاهين متعاكسين. والمثل الشائع مثل المدير الذي تثقله المشاكل ويضطر إلى الاختيار بين خيارين كل منهما يتضمن الخسارة، أما المثل الآخر فهو مثل المرأة الشابة التي تجد نفسها نهبا موزعا بين اثنين من المحبين.

إن ضغوط البيئة من كل الأنواع يمكن أن تزيد أي مرض سوءا. وهي ليست علة للمرض، وإنما هي أقرب إلى أن تكون عاملا هاما في تفاقم المرض. أي أن ضغوط البيئة ليست ضرورية ولا كافية لإحداث المرض، ولكنها إذا تحققت تزيد الأمور تفاقما فيما يبدو. فقد تعجل بظهور المرض وتزيد الأعراض شدة، وتضعف المقاومة وقدرة المريض على مواجهة المرض، وتسرع في التدهور وتؤخر الشفاء. إن هناك بضعة أمراض لم يصف الباحثون دور الضغوط في تفاقمها. وقد لا يختلف دورها في مرض القلق عنه في الأمراض الأخرى بحيث لا تزيد أهميتها أو تنقص. ومع ذلك فليس في الإمكان تجاهل الضغوط لأنها قد تلعب دورا هاما. فإن تجاهل الضغوط قد يكون الفاصل بين النجاح والفشل. ولكن الكيفية التي تتفاعل بها الضغوط مع القوى الأخرى ومداها تحتاجان بالتأكيد إلى التدبر.

لقد بحثنا كيف تؤدى قوة وراثية كيماوية حيوية جسمية إلى نحريك أو ابتداء المشكلة، وكيف أن العمليات النفسية تواجه المشكلة، وتؤدي في الوقت نفسه إلى تزايدها سوءا، وكيف تزيد الضغوط من تفاقم الأمرين معا (الكيمياوية الحيوية والعمليات النفسية) فتعمل على انتشار مدى المشكلة وعلى استمرار تطورها كذلك. والذي نرى أنفسنا بحاجة إليه هنا هو أن

نزيد من اتضاح دور كل واحد من هذه الأمور، على أن يكون ذلك في نظرة متكاملة أولا وقبل كل شيء.

الباب الرابع

العلاج

Treatment

17 أهداف العلاج الأربعة

The Four Targets of Treatment

ظل آدم منزعجا من الأمر كله وإن كان قد انقطع عن الاتصال بها فترة من الزمن. لقد كان بالتأكيد شديد الاهتمام بماريا، ولكنه كان يتنبأ بأن الحياة معها ستنطوي على مضاعفات وتعقيدات انفعالية: تقلبات مزاجها، وقيودها الكثيرة، وأعراضها التي تحتاج دائما إلى الرعاية الطبية. فكيف يمكن أبدا أن يشتركا في تكوين أسرة؟ ورأى أنه سيكون مضطرا إلى أداء دور الأم والأب كليهما. وتصور قائمة من التكاليف الطبية لانهاية لها، وشكاوى لا عداد لها، وبهجة محدودة. ورأى أنها ستحرم من كل ما يعده من طيبات الحياة. وأنه سوف يحرم هو أيضا من ذلك ما دام مرتبطا بها، الأمر الذي سيزيد من نفوره منها في المستقبل.

وبدا أن حياتهما معا-لو تصورناها في المستقبل- سوف تتضمن من الأشواك أكثر مما تتضمن من الورود. وشعر آدم بالآثم والذنب لتركه ماريا على هذا النحو، ولكنه شعر أيضا بأن عليه أن يحل هذه القضايا ويصفيها في عقله هو قبل أن يعيد العلاقة

بينهما. فلو أنه تعجل في ذلك فسوف تتجدد أو تنتعش آمالها ويزيد ألمها بعدئذ من انفصالهما في النهاية. ولذلك ظل مبتعدا عنها يراجع الصراع مرة بعد مرة. ولم يبد أن هناك حلا مرضيا.

وذات يوم وقع بصر آدم-في مجلة علمية-على عنوان: «نوبات الهلع يمكن أن تكون قاتلة». كانت المجلة تورد بحثا حديثا عن مجموعة كبيرة من المرضى بنوبات متكررة من الهلع، وفي هذا البحث تتم مقارنتهم بمجموعة من الناس الأسوياء الذين يشابهون المرضى في كل ناحية أخرى سوى أنهم غير مصابين بنوبات الهلع. وكانت المجموعة تعيش في نفس المنطقة، ويحيون حياة متشابهة، كما كان توزيع العمر والجنس متشابها بين المجموعتين. ولو أننا تتبعنا مجموعتين متشابهتين على هذا النحو، لتوقعنا أن كلا من المجموعتين سيواجه نفس المشكلات الصحية والضغوط المتشابهة على الإجمال.

ولكن النتائج الفعلية صدمت آدم: فقد كانت ضحايا نوبات الهلع تموت كمجموعة بسرعة أكبر، وفي سن أصغر على الإجمال من المجموعة السوية المقارنة. وبدا من ذلك أن النتيجة التي يمكن الانتهاء إليها هي أن نوبات الهلع المتكررة لها تأثير ضار على طول العمر.

وكانت الأعراض التي وصفت عند هؤلاء المرضى مشابهة بصورة مزعجة لأعراض ماريا. وأحس آدم أن عليه أن يفعل شيئا، وعلى ذلك ذهب إلى مكتبة كلية الطب في الجامعة المحلية. وكان هناك أولا عدد من الكتب الحديثة عن القلق والهلع. وكان هناك أيضا بعض البيانات من الحاسب الإلكتروني (computer data bases) تحتوي على قوائم بكل المقالات المكتوبة عن الموضوع منذ بضع سنين سابقة، بل إنها ذكرت ملخصات للنقاط الرئيسة في كل مقالة، بالإضافة إلى تحديد اسم المجلة، والتاريخ، وأرقام الصفحات الخاصة بالمقالة.

وكانت إحدى خزائن المعلومات في الحاسب الإلكتروني تسمى مدلاين (Medline)، والأخرى تسمى (ميدلارز Medlars). وكانت هناك مع ذلك ثالثة أكثر شمولا جمعتها معاهد الصحة القومية (National Institutes of Health) وقد أحضر آدم إلى منزله في آخر ذلك اليوم نشرة مطبوعة طويلة من الحاسب الإلكتروني بكل المقالات الهامة المكتوبة عن الموضوع في السنوات

الثلاث الماضية مع خلاصات لتلك المقالات. ثم تصفحها في تلك الليلة وحدد أكثرها أهمية بالنسبة له. ثم استخرجت له أمينة المكتبة صورا من هذه المقالات.

وعندما أخذ يقرأها في الأسابيع التالية تركت فيه انطباعات طريفة، فقد ظهر أن هناك مجرد حفنة من الباحثين الطبيين الذين يهتمون بالموضوع، إذ كانت نفس الأسماء تتكرر وتتكرر، كذلك ظهر أن هناك وعيا متزايدا بأن المشكلة - كما كانت تحاول ماريا أن تخبره - ليست في الحقيقة مجرد مشكلة نفسية، ولكنها مرض حقيقي يمكن أن يؤدي إلى حالات طبية عديدة تشمل الإصابة بضغط الدم المرتفع، وزيادة احتمال إدمان الخمر وارتكاب الانتحار، وزيادة في الوفيات الناشئة عن مرض القلب في الرجال. ولكن كان من دواعي السعادة وجود دليل طيب على أن هناك بضعة عقاقير مفيدة في علاج المرض.

وقرر آدم الاتصال بماريا. كان يحاول أن يرتب لها استشارة مع واحد من هؤلاء الخبراء. لقد كان البحث جديدا جدا بحيث ظن آدم أن الأفضل لماريا مقابلة واحد من المشتغلين بهذه المشكلة كل الوقت. وبدأ يرى أنه حين يساعد ماريا إنما يساعد أيضا في حل ما عنده هو نفسه من صراع حول علاقتهما. وبدأ يفهم المشكلة فهما أكثر قربا من وجهة نظر ماريا، إذ كان هناك بعض الأساس لما كانت تحاول أن تخبره به.

إن هناك أدلة حديثة على أن الناس المصابين باضطراب الهلع تزداد نسبة الوفيات بينهم لو تركوا بغير علاج مع متابعتهم أربعين سنة وذلك حين نقارنهم بمجموعة سوية مشابهة مقابلة. ولعل من الصواب أيضا أن نقول إن الغالبية العظمى من الناس المصابين يمكن الآن علاجهم بنجاح إذا تولى الأكفاء علاجهم.

وعلى ذلك لم يعد ثمة أي داع يدعو الناس إلى أن يحسبوا أنه قد كتب عليهم أن يعيشوا حياتهم كلها مع الخوف-وإنما عليهم أن يتمكنوا من الحياة بلا خوف-. وينبغي لهم ألا يرضوا بالنتائج الجزئية.

وفي الماضي عندما كان المرض ينسب إلى عوامل سيكولوجية أو نفسية فقط، كان المنطق يقضي بأن يتركز العلاج في الأنواع المختلفة من العلاج النفسي، ولكن هذه بمفردها لم تكن مجدية. لكن عندما قيل-فيما بعد-إن

السبب يرجع إلى التعلم الشرطي أصبح من المنطقي أن ينصح بأنواع العلاج السلوكي (behavior therapy treatments).

ولكن هذه كانت فعالة في بعض أعراض المرض فقط، ولم تكن فعالة على الإطلاق في بعض الأحيان. أي أنها هي أيضا لم تكن بمفردها فعالة بدرجة كافيه.

ثم راجع استعمال العقاقير المهدئات (tranquiIizers) فيما بعد، فخففت بعض الأعراض، ولكنها لم تمنع نوبات الهلع التلقائي. وبعد ذلك أثبتت عائلات أخرى من الأدوية أنها فعالة جدا في علاج النوبات التلقائية، ولكنها لم تستأصل الفوبيا أو المخاوف المرضية بصورة تامة دائما. ووجدنا عند كل معالج طريقة مفضلة في العلاج تعتمد على تفسيره للسبب الكامن. أي أن العلاج - فيما يبدو - أصبح امتدادا منطقيا لنوع التشخيص، وفهم العمليات المسببة للمرض.

وقد رأينا في الجزء الثالث أن أسباب مرض القلق يمكن الآن فهمها على أحسن وجه بوصفها نوعا من التفاعل بين ثلاثة أنواع من القوى. أولها قوة مرضية وراثية أيضية: نوع من الشذوذ الكيماوي الحيوي يسبب المرض. والقوة الثانية تتعلق بعوامل التعلم الشرطي النفسي. أما القوة الثالثة أخيرا فهي تلك التي تتعلق بالضغوط النفسية أو ضغوط البيئة، والتي يمكن أن تزيد من تفاقم المشكلة. ولذلك كان منطقيا حين نختار علاجا فعالا أن نهدف إلى تدمير هذه القوى الثلاث ونحاول السيطرة على كل منها الواحدة بعد الأخرى.

ولذلك كانت هناك أهداف أربعة للعلاج:

1- السيطرة على جوهر الأيض (metabolic core)

2- التغلب على المخاوف المرضية أو الفوبيا(phobias)

3- تناول الضغوط النفسية البيئية (psychological environmental stresses)

4- الرعاية على المدى الطويل (long term management).

أما الأهداف الثلاثة الأولى فتتجه نحو تناول كل من هذه القوى الثلاث الرئيسة التي تتفاعل في هذا الاضطراب. وأما الهدف الرابع فيتجه نحو استبقاء المكاسب المتحققة من الأهداف الثلاثة الأولى كما تتجه أيضا نحو تبصرة المريض بمرضه وبعلاج هذا المرض حتى يمكن الإقلال من النكسات.

وفي الماضي كان المسار العادي الشائع للعلاج يتضمن عدة خطوات. فكان المريض يعالج أولا بالعلاج النفسي أي العلاج بالكلام. وكان هذا لتصحيح الأسباب النفسية وتناولها. فإذا فشل هذا بعد بضعة شهور كان المريض يحول غالبا إلى المختص النفسي ليستخدم معه العلاج السلوكي من مخاوفه المرضية، مع التدريب على طرق الاسترخاء. فإن لم يتم التوصل إلى تحسن مرض، فإن المريض يعالج عندئذ بالمهدئات الخفيفة أو البسيطة (minor tranquilizers).

لكن الخبرات التي حصلنا عليها حديثا في علاج هؤلاء المرضى تبين أن علينا أن نعكس هذا الترتيب في العلاج: فنحاول العلاج بالأدوية أولا ثم بالعلاج السلوكي ثانيا ثم بالعلاج النفسي ثالثا. فإن جوهر الأيض في المرض هو السبب الأقوى في القلق فيما يبدو. وإنه لمن العسير أن نحصل على تقدم مقبول في علاج الاضطراب دون السيطرة أولا على جوهر الأيض بالأدوية

فإذا ما تحقق ذلك أصبح من الأيسر أن نتغلب على المخاوف المرضية بالعلاج السلوكي، وقد لا تدعو الحاجة إليه في بعض الأحيان. فإذا تم التغلب على الفوبيا أو المخاوف المرضية اتجه التركيز إلى ما تبقى من ضغوط البيئة أو مشكلاتها التي يمكن أن تزيد المرض تفاقما. وبعد أن لم تعد طاقة المريض مشغولة بتناول المرض والمخاوف المرضية المرتبطة به، نجدها الآن متاحة لتحديد تلك المشكلات في البيئة والتصدي لها. وفي بعض الأحيان قد لا تكون هناك مشكلات بيئية وبذلك يصبح العلاج النفسي أمرا لا ضرورة له.

وعلى ذلك تصبح الاستراتيجية الإجمالية في علاج مريض القلق كما يلي:

- المهمة الأولى هي الوصول إلى التشخيص الصحيح.
- والمهمة الثانية هي السيطرة على الأساس الأيضي للمرض عن طريق العلاج بالدواء.
- والمهمة الثالثة أن نتغلب على القيود التي تفرضها الفوبيا أو المخاوف المرضية بواسطة العلاج السلوكي.
- والمهمة الرابعة أن نتناول المشكلات النفسية عن طريق العلاج النفسي.

- والمهمة الخامسة أن نمنع النكسات عن طريق توعية المريض وضمان الرعاية على المدى الطويل.

والآن بعد أن حددنا الاستراتيجية العامة، والمنطق الذي ترتكز عليه نمضي إلى تدبر هذه المهمات في مزيد من التفصيل في الفصول الخمسة التالية. حتى يمكن الإقلال من النكسات.

18 التشخيص Diagnosis

سنراجع في هذا الفصل سلسلة من خطوات التشخيص يتبعها الطبيب حين يحاول مساعدة أي مريض قلق. وليست هذه الخطوات هي السبيل الوحيد-على أي حال-إلى تشخيص مرض القلق. وعلى الرغم من أنها لا تعني الاستغناء عن الفحص الدقيق من الطبيب، فإن كل من يظن بنفسه هذه الحالة، ويجد باله منشغلا بها قد يجد فائدة من الإجابة عن التمارين المكتوبة في هذا الفصل.

إن الذي لا يتعرف على مرحلة أو أكثر من المراحل التي وصفناها في الفصول من الرابع حتى الحادي عشر من الكتاب يكون من غير المحتمل أنه مصاب بالمرض. وأما إذا كان لدى إنسان نوبات كالتي سبق وصفها في الفصل الخامس، فالخطوة الأولى هي أن يحصل على فحص طبي شامل. والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية يمكن أن تسبب هذه الأعراض. إنه كثيرا ما يفترض المرضى أن المشكلة «سيكوسوماتية، أو نفسجسمية Psychosomatic، أو عصبية في الأصل ليكتشفوا-فيما بعد فقط-إنها الأعراض الأولى لمرض طبي.

وهذا من شأنه أن يؤخر حصولهم على العلاج المناسب المبكر. ثم إن كثيرا من الأمراض الشائعة الغريبة ومن أمثلتها التسمم الدرقي[1] (thyrotoxicosis)، وأورام الغدة فوق الكلية «فيوكروموسيتوما Pheochromocytoma، والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض البر وسيلا،(brucellosis)، والاضطرابات العصبية كالتصلب المنتشر 'multiple sclerosis' قد تسبب أعراضا مثل تلك الأعراض التي نجدها في مرض القلق.

لقد تدرب كل طبيب على أن يبحث عن هذه الأمراض وعن الحالات الأخرى التي يمكن أن تسبب أعراضا مشابهة.

وقد لا يذكر الطبيب كل الحالات التي يبحث عنها للمريض حتى يتفادى إزعاجا لا داعي له. ولكنه يستبعد هذه الأمراض بطريقة منظمة في العادة حين يفحص صحة الإنسان العامة.

وبعد أن يتم استبعاد المرض الطبي كسبب ممكن تكون الخطوة الثانية هي استبعاد الحالات السيكياترية (psychiatric conditions) التي قد تظهر بصورة مشابهة. على أن الاضطرابات الذهانية[2] 'psychotic disorders' تمثل الاضطرابات السيكياترية الهامة التي ينبغي بحثها. والشخص يقال عنه إنه مصاب بالذهان (psychosis) حين يكون لديه إما هلاوس (ballucinations)، وإما هذاءات (delusions)، وإما هلاوس وهذاءات معا.

أما الهلاوس فمعناها أن يرى المرء بوضوح أشياء أو أن يسمع أصواتا لا وجود لها في واقع الأمر، وأما الهذاءات فهي معتقدات خاطئة لا تتفق مع خلفية الإنسان.

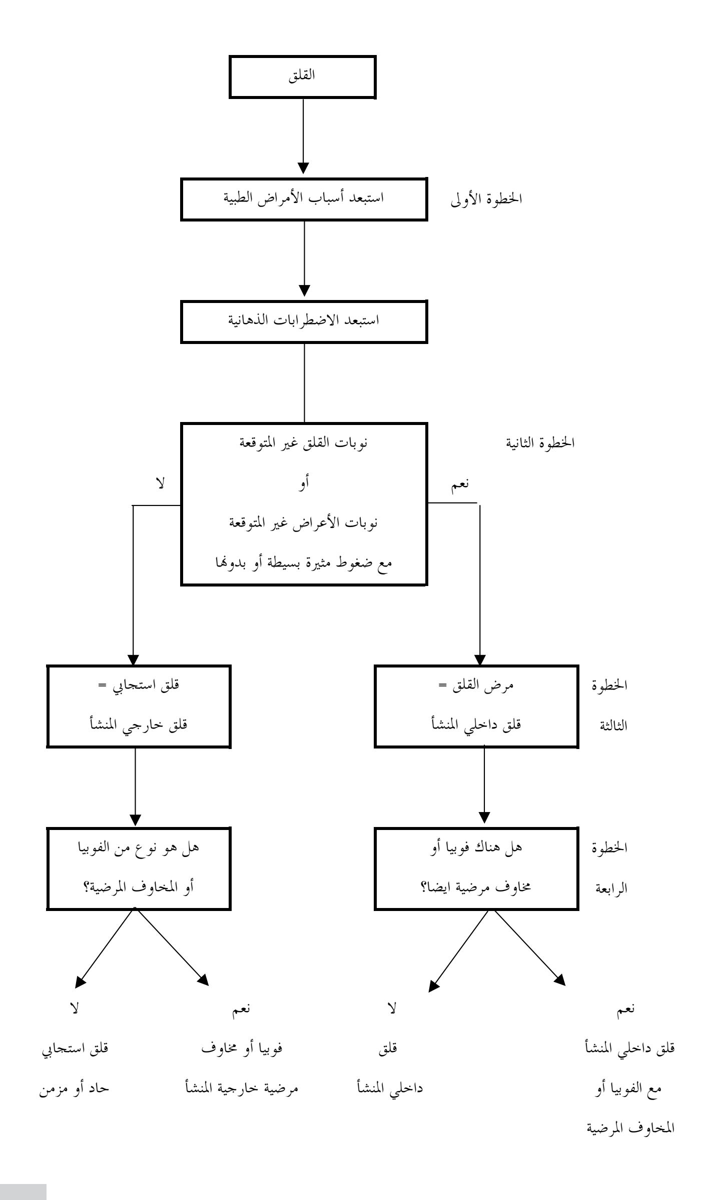
فلو أن إنسانا ذكر أنه شعر بالقلق مثلا لأن صوتا أخبره بأنه نابليون (Napoleon) وأنه في سبيله إلى ركوب الباخرة إلى منفاه لأنه ديكتاتور طاغية جاز لك أن ترتاب في أمره.

فالهلوسة هي سماع الصوت، والهذاءات هي اعتقاده بأنه نابليون وأنه قلق من جراء نفيه.

والاضطرابات الشائعة تتضمن الذهانية مرض الفصام[3] (schisophrenia) ومرض الهوس الاكتئابي[4] (manic depressive Disease) في صورته العنيفة. كذلك قد يؤدي التسمم الحاد (acute intoxication) أوالانسحاب من تعاطي العقاقير أو الخمر أحيانا إلى الهذاءات، أو المعتقدات الخاطئة من شعور

الشكل رقم ٥

شجرة التشخيص في حالات القلق



بالاضطهاد بطرق شاذة لا أساس لها في الواقع. كما أن الانسحاب من تعاطي الخمر قد يحدث اضطرابا ذهانيا تصحبه هلاوس تتعلق بمشاعر اللمس والخبرات البصرية الغريبة. ويطلق على هذا الاضطراب الهذيان الارتعاشي (Delirium tremens). وللأطباء النفسانيين دربة خاصة على كيفية تشخيص هذه الحالات وعلاجها.

فإذا لم تكن هناك هلاوس واضحة أو هذاءات أصبح وجود الذهان أمرا بعيد الاحتمال. ووجب على الطبيب أن يتقدم نحو الخطوة الثالثة.

ونحن في الخطوة الثالثة نتساءل عما إذا كان المريض قد سبق له أن أصيب بنوبات الأعراض. أو نوبات تلقائية كانت تقع نتيجة ضغوط خفيفة تستفزه، أو من غير ضغوط على الإطلاق، نوبات كتلك التي وصفناها في المرحلة الأولى، أو المرحلة الثانية من المرض. فإن كانت الإجابة بالإيجاب في إحدى الحالتين أصبح من المحتمل تماما انه مصاب بمرض القلق.

وأما إن كان قلق المريض - في الجانب المقابل - غير مرتبط بإحدى هاتين الحالتين، ولكنه يقع فقط استجابة لضغط واضح محدد أو لمواقف مخيفة، أي أنه لا يظهر فجأة أبدا بغير استثارة أو بالقليل منها، فإن مرض القلق يكون بعيد الاحتمال.

ويمكن أن نشير إلى هذا القلق على أنه قلق خارجي المنشأ (exogenous anxiety) لأنه لا يظهر إلا حين تستثيره الأحداث الخارجية بالنسبة للمريض ولا يظهر قط فيما عدا ذلك. أي أنه استجابة صرفة على الدوام.

ويوضح الشكل 6 الإطار العام لمعايير التشخيص لكل من هذين النوعين الفرعيين (subtypes) الرئيسين للقلق، توضيحا يمكن أن يساعد في الوصول إلى التشخيص الصحيح عند هذه الخطوة.

أما الخطوة الرابعة فهي الارتقاء بمستوى الدقة في التشخيص. هل الفوبيا أو المخاوف المرضية موجودة؟ فإن كانت موجودة زادت في تعقيدات إضافية للتشخيص، حيث إنها سوف تستدعي بعض الطرق المختلفة في العلاج.

ونحن نضيف هذه الخطوة للمساعدة في اختيار الطريق الصحيح. ذلك أن هناك استراتيجية مختلفة لتناول كل من هذين النوعين من تشخيص القلق، كما سنرى فيما بعد عند مناقشة العلاج.

الشكل رقم 6 معايير تشخيص القلق

قلق داخلي المنشأ (Endogenous Anxiety)	قلق خارجي المنشأ Exogenous Anxiety
ا- وقائع غير متوقعة، تلقائية، مترددة، مرحلية. «يذكرها المريض» من الأعراض التالية: «عرض أو عرضين في نوبة أعراض محدودة وثلاثة أعراض أو أكثر في نوبة هلع: أ- ضربات زائدة أو سرعة في دق القلب. ب- نوبات من الدوخة أو الإغماء أو خفة الدماغ. ج- التلهف على الهواء أو صعوبة التنفس أو زيادة التهوية أو الشعور بالاختناق. د- الشعور بالاختناق أو الغصة في الحلق. هـ- تنميل أو خدر في اليدين أو الذراعين أو القدمين أو الوجه. و- غثيان أو اضطراب المعدة أو القيء. ز- هلع فجائي غير متوقع أو مشاعر القلق تحدث دون استثارة أو مع استثارة قليلة. ح- توهج ساخن أو قشعريرة. ط- الشعور بالأرجل المخلخلة، أو	ا- لا يوجد هلع غير متوقع أو نوبات قلق لم يسبق حدوثها في تاريخ المريض.

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
بعدم التوازن. ي- اهتزاز أو ارتعاش اليدين أو الرجلين. ك- الإحساس بالخروج أو الانفصال من بعض أعضاء الجسم أو الجسم كله أو الإحساس بالطفو، الشعور بأن الظروف المحيطة بالمرء غريبة أو غير حقيقية أو ضبابية. ل- الشعور في الصدر بالألم أو الضغط أو عدم الارتياح. م- خوف المرء من أنه يتعرض لمرض خطير أو للموت. ن- شعور المرء بأنه يفقد سيطرته على نفسه، أو بأنه على وشك أن يصرخ أو يصاب بالجنون. س- تغير تلقائي متردد في الإدراك الحسي «مثل زيادة مترددة في الحساسية للضوء أو الصوت أو اللمس أو الحرارة أو التذوق أو الضغط في المفاصل أو القوة العضلية» ع- نوبات الإسهال ف- نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية.	
2- تكرار مثل هذه النوبات من الأعراض باستمرار لمدة شهر على الأقل. ولا بد-في غضون ثلاثة	2- لا يحدث التوتر وأعراض القلق إلا استجابة للمثيرات المباشرة الواضحة المميزة في البيئة فقط. ولا

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
شهور من حدوث ثلاث نوبات كبيرة محددة على الأقل لتشخيص القلق الداخلي الكبير، أو لا بد من حدوث ثلاث نوبات بسيطة محددة لتشخيص القلق داخلي المنشأ البسيط.	تكون بداية كل نوبة بطريقة فجائية كثيرا ولكنها تتعلق بفورية المثيرات المسببة. وقد تحدث الأعراض وحدها دون أي قلق ظاهر في حالة التغيرات الشرطية في الأعراض الحركية أو الحسية أو الحواس الخاصة.
3- أعراض المخاوف المرضية، وخاصة الخوف من نوبة الهلع التلقائي «الخوف من المخاوف المرضية» phobophobia والخوف من الأماكن المزدحمة. ولا تبدأ المخاوف المرضية إلا بعد ظهور النوبات التلقائية الأولى، وقد تتذبذب المخاوف في الشدة مع الزمن.	3- تقتصر المخاوف المرضية على بؤرة واحدة معينة. في أقرب إلى الخوف الواحد منها إلى المخاوف المتعددة. ومن النادر أن تتذبذبالمخاوف في الشدة مع الزمن.
4- الاكتئاب وضعف الأعصاب «النيوراسثينيا Neurasthenia» أي الشعور الزائد بالتعب والإحساس بالتعب من كل شيء، والأعراض الوسواسية القهرية وهي توجد إلى حد ما في أكثر من ثلثي الحالات.	4- ليس هناك اكتئاب، أو نيوراسثينيا ،أو أعراض وسواسية قهرية، أو اضطراب نفسي كبير.
5- صورة القلق في النوبات التلقائية كما هو كما هو واضح في شكل 3 «ولو أنه قد يحدث النوع المتوقع أيضا مع ذلك.	5- صورة نوبة القلق المتوقع واضح في شكل 3.
6- تذبذب تلقائي في استجابة الجلد الجلفانية Galvanic skin	6- لا يوجد تذبذب تلقائي في استجابة الجلد الجلفانية.

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
response	
7- بطء في ظهور الاعتياد لاستجابة الجلد الجلفانية.	7- اعتياد سريع أو سوي لاستجابة الجلد الجلفانية.
8- سرعة النبض عالية أثناء الراحة.	8- سرعة النبض في الحدود الطبيعية.
9- الانعكاسات العصبية سريعة نشطة متوترة.	9- الانعكاسات ليست على درجة زائدة من التوتر.
10- تاريخ عائلي من نوبات القلق وأعراض المخاوف المرضية بين الأقرباء من الإناث خاصة.	10- تاريخ عائلي نادر «لا توجد بيانات كافية».
11- يتراوح العمر عند بداية الأعراض ما بين 12 و 40 عاما.	11- قد يحدث في أي عمر.
12- ثمانون في المائة من الحالات نجدها عند النساء.	12- التوزيع متساو تقريبا بين الجنسين«ست وستون في المائة النساء».
13- الاحتمال أرجح في زيارات متعددة سابقة للطبيب وعيادات الطوارئ لعلاج الأعراض. ويجب أن يحدث القلق التلقائي في غياب المرض الطبي الذي يمكن أن يسبب مثل هذه الأعراض، وكذلك في غياب المواقف التي تهدد الحياة.	13- من النادر زيارة الطبيب، أو عيادة الطوارئ للعلاج.
14- الاحتمال أرجح في أن المريض قد قام من قبل ذلك بزيارات للأطباء النفسيين المتعددين للعلاج على مدى سنوات كثيرة.	14- الاحتمال غير راجح في استشارات سابقة للأطباء النفسيين المتعددين.
15- الاحتمال أرجح في أن	15- الاحتمال غير راجح في

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
الشخص قد سبق له دخول المستشفى، وفي أنه تعرض للعلاج الجراحي للأعراض.	الاستشارات الطبية المتعددة السابقة.
16- الاستجابة طيبة لكابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة MAO inhibitors وعقار إميبرامين 'imipramine'	16- الاستجابة ضعيفة للعقاقير.
17- استجابة الأعراض جميعا للعلاج السلوكي وحده ضعيفة. وقد يتحسن سلوك التجنب فقط بالعلاج بالتعريض exposure treatment ولكن النوبات التلقائية لا تتحسن.	17- الاستجابة للعلاج السلوكي طيبة.
18- مسار المرض مرحلي متردد ذاتي «أي أن مساره محدود في ذاته، وهو يتذبذب مع الزمن وهو لا يتحسن مباشرة حين تبدو ظروف البيئة ميسرة».	18- يستجيب للمنبهات النفسية الاجتماعية بصورة أوضح.
19- تعجل لبنات الصوديوم وتناول الحشيش من حدوث نوبات القلق.	19- لا تعجل لبنات الصوديوم أو تناول الحشيش من ظهور نوبات القلق.

مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

(The Patient Rated Anxiety Scale)

المقاييس نافعة في ميادين عديدة من المهنة الطبية. وغالبا ما يحس المرضى بالقلق من أن شكاواهم تقاس بعناية ودقة بواسطة هذه المقاييس. وتقدم المقاييس للطبيب طريقة مختصرة دقيقة للتحقق من الأعراض الكبرى. وللحكم على شدتها الإجمالية.

كذلك توضح المقاييس في لمحة عين أشد الأعراض وأقل الأعراض وطأة، وهي تجعل في الإمكان كذلك قياس التحسن عند المريض بمرور الزمن والحكم على استجابته للعلاج.

وينقسم مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (شكل 7) إلى نصفين: أما النصف الأول فيقيس شدة مرض القلق، ويجيب عليه المريض ليصور لنا مشاعره خلال الشهور الستة الأخيرة وخصوصا حين كان في أسوأ حالاته.

وأما النصف الثاني فيستخدم في قياس مستوى القلق حين يقترب المريض من الفوبيا الرئيسة عنده أو حين يجد نفسه في مواجهتها. إلى أي حد بلغ عنده القلق، أو الخوف حين اقتربت منه الحية أو الثعبان أو حين زحفت على ذراعه الخنفساء؟ فإن كانت هناك أنواع كثيرة من الفوبيا أو المخاوف المرضية-كما هي الحال عند أغلب المرضى بمرض القلق-فيمكن الإجابة على النصف الثاني عدة مرات، أي مرة لكل نوع رئيس من الفوبيا أو الخوف المرضي. وهذا يزودنا بدرجة مختلفة تعكس مستوى الشدة في كل نوع رئيس من الفوبيا أو الخوف المرضى.

ويساعد تقسيم المقياس إلى جزأين في توضيح التشخيص. فلو كانت درجات المريضة منخفضة في الجزء الأول مرتفعة في الجزء الثاني مثلا، لأصبح من المحتمل ألا يكون لديها مرض القلق، وأن يكون لديها-بدلا من ذلك-قلق خارجي المنشأ أو خوف مرضي. وأما إذا كانت الدرجات مرتفعة في الجزء الأول ومنخفضة في الجزء الثاني فهذا يشير إلى احتمال إصابتها بمرض القلق، وإن كان في مرحلة مبكرة بحيث لم تصحبه مضاعفات من المخاوف المرضية الكثيرة. ومن شأن ذلك أنه سوف يجعل العلاج أكثر يسرا وسهولة إلى حد ما.

وأما الدرجات المرتفعة في كلا الجزأين الأول والثاني فمن المحتمل أن تشير إلى وجود مرض القلق في مرحلة متقدمة من التطور مصحوبة بمضاعفات المخاوف المرضية. ونحن نسمي هذا قلق المخاوف المرضية داخلي المنشأ، أو مرض القلق المصحوب بمضاعفات المخاوف المرضية وهو صورة أشد وأكثر تقدما. وفي إيجاز نقول:

١- درجة منخفضة في الجزء الأول + درجة مرتفعة في الجزء الثاني =

قلق خارجي المنشأ/ خوف مرضى.

2- درجة مرتفعة في الجزء الأول + درجة منخفضة في الجزء الثاني = قلق داخلي المنشأ.

3- درجة مرتفعة في الجزأين الأول والثاني = قلق داخلي المنشأ مع الفوبيا أو المخاوف المرضية.

شكل (7)

مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

الجزء الأول:

تعليمات:

فيما يلي قائمة بالمشكلات والشكاوي التي تحدث عند الناس أحيانا.

ارسم دائرة حول أحد الأرقام إلى يسار كل مشكلة بحيث يوضح هذا الرقم أكبر توضيح إلى أي حد كانت هذه المشكلة سببا في انزعاجك وضيقك خلال الشهور الستة الماضية. ارسم دائرة حول رقم واحد فقط من الأرقام أمام كل مشكلة، ولا تترك بندا واحدا دون إجابة.

صفر: لم يحدث قط-1: حدث بصورة قليلة-2: بصورة متوسطة-3: بصورة ملحوظة-4: بصورة مفرطة.

إلى أي حد أحسست بالانزعاج من الأمور التالية:

1- الشعور بخفة الدماغ أو الإغماء المنذر أو نوبات الدوخة. 0 1 2 3 4

2- الشعور بالأرجل المطاطية أو الأرجل المخلخلة. 0 1 2 3 4

3- الشعور بفقدان التوازن أو عدم الاستقرار. 0 1 2 3 4

4- صعوبة في التنفس أو زيادة في التنفس. 0 1 2 3 4

5- ضربات زائدة في القلب أو سرعة في دق القلب. 0 1 2 3 4

6- الشعور بألم أو ضغط في الصدر. 0 1 2 3 4

7- احتباس في الحلق أو الإحساس الاختناق أو غصة في الحلق. 0 1 2 3 4

8- تنميل أو خدر في أجزاء من الجسم. 0 1 2 3 4

البند					
9- توهج في حرارة الجسم أو ارتعاشات باردة.	0	1	2	3	4
10- الغثيان أو مشكلات في المعدة.	0	1	2	3	4
11- نوبات من الإسهال.	0	1	2	3	4
12- نوبات من الصداع أو آلام الرقبة أو الرأس.	0	1	2	3	4
13- الإحساس بالتعب والضعف وسهولة الإعياء.	0	1	2	3	4
14- نوبات من زيادة الحساسية للصوت أو الوضوء أو اللمس.	0	1	2	3	4
15- نوبات من العرق الغزير.	0	1	2	3	4
16- الإحساس بأن الظروف المحيطة بك غريبة أو غير حقيقية أو ملفوفة في الضباب أو منفصلة.	0	1	2	3	4
17- الشعور بأنك قد خرجت أو انفصلت عن جسمك كله، أو بعض أجزائه أو الشعور بأنك تطفو.	0	1	2	3	4
18- أن يركبك الهم بشأن صحتك إلى درجة أكبر مما ينبغي.	0	1	2	3	4
19- الشعور بأنك تفقد سيطرتك على ذاتك أو بأنك في طريق الجنون.	0	1	2	3	4
20- شعور بالخوف من أنك على شفا الموت أو بأن شيئا فظيعا يوشك أن يحدث.	0	1	2	3	4
21- شعور بالارتجاف أو الارتعاش.	0	1	2	3	4
22- موجات غير متوقعة من الاكتئاب تحدث باستثارة بسيطة أو بغير استثارة.	0	1	2	3	4
23- تقلبات في العواطف والمزاج بحيث تعلو وتهبط كثيرا كاستجابة للتغيرات من حولك.	0	1	2	3	4
24- الاعتماد على الآخرين.	0	1	2	3	4
25- الاضطرار إلى تكرار العمل نفسه كأن ذلك نوع من الطقوس (مثل تكرار المراجعة أو الغسل أو العد دون ضرورة في الواقع).	0	1	2	3	4
26- كلمات أو أفكار تعاودك وتلح على ذهنك باستمرار، ويصعب التخلص منها: (مثل أفكار	0	1	2	3	4

عدوانية أو جنسية غير مرغوب فيها، أو أفكار دافعة تضعف السيطرة عليها).

27- صعوبة الدخول في النوم.	0	1	2	3	4
28- لاستيقاظ وسط الليل أو عدم استقرار النوم.	0	1	2	3	4
29- تفادي بعض المواقف لأنها تخيفك.	0	1	2	3	4
30- التوتر والعجز عن الاسترخاء.	0	1	2	3	4
31- القلق والعصبية وعدم الاستقرار.	0	1	2	3	4
32- نوبات مفاجئة من القلق تصحبها ثلاثة أعراض أو أكثر (سبق ذكرها) تحدث حين تدخل أو تهم بالدخول في موقف تعرف من خبرتك أنه يحتمل أن يؤدي إلى حدوث النوبة.	0	1	2	3	4
33- نوبات مفاجئة غير متوقعة من القلق تصحبها ثلاثة أعراض أو أكثر تحدث معا باستثارة قليلة أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك أن يؤدي إلى حدوث القلق).	0	1	2	3	4
34- نوبات مفاجئة غير متوقعة يصحبها عرض واحد فقط أو عرضان تحدث باستثارة قليلة، أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك أن يؤدي إلى حدوث القلق).	0	1	2	3	4
35- نوبات من القلق تتزايد عندما تتوقع عمل شيء عرفت من خبرتك أنه يؤدي إلى حدوث القلق عندك، وأنه يحدث عندك درجة من القلق أشد مما يحدث عند أكثر الناس.	0	1	2	3	4

(شكل 7)

مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

الجزء الثاني:

تعليمات:

ارسم دائرة حول رقم من الأرقام إلى يسار كل سؤال لتصف كيفية شعورك في موقف الفوبيا أي الخوف المرضي، أو في موقف الضغط:

صفر: لم يحدث قط- 1: حدث بصورة قليلة- 2: حدث بصورة متوسطة- 3: بصورة ملحوظة- 4: بصورة مفرطة

1- جفاف الفم أكثر من المعتاد.	0	1	2	3	4
2- الهم والانشغال.	0	1	2	3	4
3- عصبي، متحفز، قلق، غير مستقر.	0	1	2	3	4
4- خائف، متخوف.	0	1	2	3	4
5- متوتر، «مشدود».	0	1	2	3	4
6- مرتجف في الداخل أو الخارج.	0	1	2	3	4
7- اهتياج في المعدة.	0	1	2	3	4
8- شعور بسخونة في الجسم كله.	0	1	2	3	4
9- عرق في الكفين.	0	1	2	3	4
10- دقات قلب سريعة أو ثقيلة.	0	1	2	3	4
11- رعشة في اليدين أو الرجلين.	0	1	2	3	4

تقدير النتائج:

الجزء الأول:

الدرجة: 6-30 قلق داخلي المنشأ طفيف.

الدرجة: 31-50 قلق داخلي المنشأ متوسط.

الدرجة: 51-80 قلق داخلي المنشأ ملحوظ.

الدرجة: 81-134 قلق داخلي المنشأ شديد.

الجزء الثاني:

الدرجة: 4-11 حالة طفيفة من القلق خارجي المنشأ أو من الفوبيا.

الدرجة: 12-22 حالة متوسطة من القلق خارجي المنشأ أو الفوبيا.

الدرجة: 23-33 حالة ملحوظة من القلق خارجي المنشأ أو من الفوبيا.

الدرجة: 34-44 حالة شديدة من القلق خارجي المنشأ أو الفوبيا.

شكل رقم 8

قائمة لتحديد مرحلة المرض

((Figure 8. Stage of disease checklist

	نعم	لا
المرحلة الأولى: النوبات (سريان الأعراض).	-	-
المرحلة الثانية: الهلع.	-	-
المرحلة الثالثة: الهم وفرط الانشغال بالصحة.	-	-
المرحلة الرابعة: الفوبيا أو المخاوف المرضية المحدودة.	-	-
المرحلة الخامسة: الفوبيا أو المخاوف الاجتماعية المرضية.	-	-
المرحلة السادسة: الفوبيا أو المخاوف المرضية الشاملة. وكذلك المخاوف المرضية من الأماكن العامة.	-	-
المرحلة السابعة: الاكتئاب	-	-

إن معرفة الطبيب بالفئة التي ينتمي إليها المريض من بين هذه الفئات الثلاث تساعده على اختيار أنسب طريقة في العلاج فيما بعد.

وعلى المرء إن أراد حساب درجته في مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته أن يجمع كل الأعداد التي وضع حولها الدوائر. عليك أن تحسب الدرجة الكلية للجزء الأول كله ودرجته في الجزء الثاني بأكمله.

وفيما يلي دليل عام على مبلغ شدة المرض:

وسوف يساعد شكل 8 على تحديد أي مرحلة من المرض وصل إليها المريض. ففي العمود الأيسر من القائمة يؤشر المريض أمام نعم أولا إن وجد نفسه في هذه المرحلة أو كان قد سبق مروره فيها. وكلما زادت المراحل التي اجتازها المريض ودخل فيها، دل ذلك على أن الحالة بلغت درجة متقدمة أو مزمنة أو شديدة.

البشرى السارة

البشرى السارة هي أن مرض القلق لا تقل استجابته للعلاج مهما كان المرض شديدا أو متقدما. ذلك أن المعالجة الملائمة من شأنها أن تفيد

الناس في المراحل المتقدمة من المرض بنفس القدر الذي تفيد به حالات المرض التي هي مزمنة بدرجة أقل.

والنقطة الثانية التي تدعو إلى الأمل هي أن كثيرا من البحث الطيب الجديد في هذا المرض يبدأ الآن. كما أن الجوانب الكيمياوية الحيوية في الاضطراب تخضع لدراسات تجري باهتمام وعناية. ومن المحتمل أن تظهر في المستقبل القريب اختبارات للدم والبول واختبارات أخرى تساعد على التشخيص. وكثير من البحث الجاري الآن يهيئ الأساس لذلك-فهي مسألة وقت فقط وسوف تتغير النظرة إلى الحالة كلها حين تصبح مثل هذه الاختبارات متاحة. وسوف يتم تناولها بجد، ولن تعتبر مجرد حالة «عصابية» أو«عصبية»، كما سيتم تشخيصها أيضا في وقت مبكر وبمزيد من الدقة. وسوف يؤدي هذا بدوره إلى علاج أنجع وتقدير أدق للتحسن.

١٩ الهدف الأول: هدف بيولوجي

Target 1: Biological

يركب الهم كثيرا من المرضى عند استعمال العقاقير في علاج إصابتهم بمرض القلق، إذ يخشون من مجرد تهدئتهم نحو حالة سلبية.

ومن حسن الطالع أن أصبح الأطباء في السنوات العديدة السابقة أكثر تطورا ودقة في اختيارهم واستخدامهم أدوية الطب النفسي.

وهناك الآن مجال واسع من أدوية لها آثار نوعية للغاية لا تترك المرضى في حالة مخدرة.

اختيار الدوا

فيما يلي قائمة واضحة بالعائلات الخمس من الأدوية التي يظهر أنها فعالة في السيطرة على مرض القلق.

ونذكر الأسماء العلمية (generic names) للأدوية في كل عائلة تحت اسم العائلة مع ذكر الأسماء التجارية التي تباع بها بين قوسين إلى جوارها.

١- كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة
(M A O inhibitors) Monoamine oxidase inhibitors

تشمل هذه العائلة ثلاثة أدوية: فينيلزاين (نارديل) phenelzine (Nardil)

أيزوكار بوكسازيد (ماربلان) Isocarboxazid (Marplan)

ترانيل سايبرومين (بارنيت) tranyl cypromine (parnate)

2- مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية Tricyclic antidepressants

وهناك أفراد كثيرة في هذه العائلة وأكثرها استعمالا ودراسة هي:

إميبرامين (توفرانيل) imipramine (Tofranil)

ديزيبرامين (نوربرامين) desipramine (Norpramin)

أميتربتيلين (إيلا فيل) amitriptyline (Elavil)

مابروتيلين (لوديوميل) rotiline (ludiomil)

3- ترايازولوبيريدين Triazolopyridine

ترازودون (ديزيريل) trazodone (Desyrel)

4- مضادات الاكتئاب الرباعية Tetracyclic antidepressants

مايانزيرين (تولفون) Mianserin (Tolvon)

5- بنزوديازيبين Benzodiazepine

ألبرازولام (زاناكس) alprazolam (xanax)

كلونازيبام (كلونوبين) clonazepam (cIonopin)

ديازيبام Diazepam

ويستجيب بعض الأفراد استجابة أفضل لواحد من هذه العقاقير أكثر من غيرها لأسباب مازالت غير واضحة. ومن أجل التبسيط نجد أن بعض القواعد العامة قد تفيد. فالظاهر أن كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة وخصوصا فينيلزاين (phenelzine) هي أكثر العقاقير الفعالة الوحيدة في مرض القلق على وجه الإجمال. ولكن العيب في هذه العالة هو أن الطبيب يجد عند وصفها وتنظيم جرعتها قدرا أكبر من الصعوبة مما يجده في العائلات الأخرى. كما أنه يصاحبها أيضا زيادة في ضغط الدم عند من يأكلون أطعمة تحتوي على مادة تسمى تايرامين tyramine (مل الجبن). ولو أن الناس تجنبوا قليلا من الأطعمة والمشروبات والأدوية لما كان هناك سبب يدعو إلى تلك المتاعب، كما أن أغلب المرضى يتكيفون بسهولة لهذه القيود الغذائية. لكنه لما كان كثير من الأطباء يخشون ألا يتبع مرضاهم توجيهاتهم نجدهم يترددون كثيرا في وصف هذا النوع من الدواء لمرضاهم. ثم إنه

دواء يتطلب من الأطباء جهدا أكبر وصعوبة أكثر في التنظيم الصحيح ومهارة أشد.

ولذلك ينبغي-بصفة عامة-ألا تعطى الأدوية من عائلة كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة إلا لأولئك المرضى الحريصين ذوي الضمائر في اتباع الإرشادات. كما أنه لا يحسن أن يصفها إلا الأطباء ذوو الخبرة في استخدامها. وهي على العموم أكثر الأدوية من حيث المساوئ.

وأما مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية فتستخدم على نطاق واسع في علاج الاكتئاب الشديد. ودواء ديزيبرامين desipramine هو من بين الأدوية الأربعة المذكورة وهو أقلها من ناحية الآثار الجانبية، وأقلها جلبا للرغبة في النعاس. على حين أن أميتربتيلين (amitriptyline) أكثرها من الآثار الجانبية وأدعاها إلى النعاس. وأما إميبرامين وهو الدواء الأم لكل مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية فهو حل وسط طيب. وقد تمت دراسته دراسة مستقصية. ويظهر أن أفراد العائلة الثلاثية من الأدوية الأخرى فعالة أيضا، وإن كنا لم ندرسها بعد في هذا الاضطراب بنفس الدقة والعناية.

وعلى الرغم من أن هذه الأدوية فعالة جدا في العادة عند استخدامها بصورة صحيحة إلا أن لها آثارا جانبية بالتأكيد تؤدي إلى انقطاع كثير من المرضى عنها خلال الأسابيع القليلة الأولى. صحيح أنها لا تفرض على متعاطيها قيودا في الطعام والأدوية مثل كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة، ولكنها قد تزيد من تهييج القلب كما يمكن في حالات نادرة أن تسبب التشنجات. وما ترازودون (trazodone) ومابروتيلين (maprotiline) فهما عقاران جديدان مستحدثان في السوق. ولم تتم دراستهما باستقصاء مدة طويلة مثل كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة أو العائلة الثلاثية، كما أن الدليل على فعاليتهما في السيطرة على مرض القلق ما زال في صورته المبدئية، وإن كان يدعو إلى أمل كبير. ودواء ترازودون أقل إثارة للمشاكل من الأدوية الأخرى السابق ذكرها، ولكن قد يسبب النعاس في البداية. وهو فعال أيضا في الحالات التي تفشل في الاستجابة لأي دواء من عائلات الأدوية الأخرى في بعض الأحيان.

وبصفة عامة نجد أن في كل الأدوية التي وصفناها عيبين كبيرين: فهي إلى حد ما مثيرة كريهة عند تناولها في الأسابيع القليلة الأولى، وهي تحتاج

إلى ثلاثة أو أربعة أسابيع على الأقل قبل أن تؤدي إلى سيطرة مستمرة على النوبات التلقائية. وليس من الواقعية أن يتوقع أغلب المرضى تأثيرا لها قبل ذلك.

وإذا كانت العقاقير الحاجزة لمستقبلات بيتا (beta-blocking drugs) مثل عقار بروبرانولول (propranolol) تستخدم كثيرا في علاج أعراض القلق إلا أنها فعالة بصفة جزئية على أحسن تقدير في علاج مرض القلق. وهي نافعة في منع بعض أعراض الحالة، وخصوصا سرعة دق القلب وارتعاش اليدين. كما أن أنفع أدوارها هو علاج قلق الأداء performance anxiety عند إنسان لا يعاني من مرض القلق.

وعقار البرازولام (alprazolam) دواء جديد آخر له مزايا عديدة هامة يتفوق بها على الأدوية الأخرى. فهو، أولا، يبدأ تأثيره فورا خلال الأيام القليلة الأولى، فيما يبدو، أو فور الوصول إلى جرعة مرضية. وآثاره الجانبية أقل، كما أن إثارته للمتاعب أقل كثيرا من الأدوية الأخرى عند تناوله. ولكن له-مثل كل الأدوية-مساوئ أيضا. فأغلب المرضى يجدونه سببا في النعاس أو الخمول حين يكونون في حالة سلبية أو استرخاء خاصة. وهو ليس فعالا عند بعض الناس كدواء مضاد للاكتئاب مثل كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة (MAO) والعائلة الثلاثية الدائرية (tricyclics)، كما ينبغي تناوله بنظام على جرعات متقاربة بدرجة أكثر حتى يظل الاضطراب تحت سيطرة قوية.

ولما كانت هذه الأدوية فعالة، فيما يبدو، أصبح الاختيار من بينها عادة على أساس من الآثار الجانبية التي يطيق المريض أن يتحملها، وعلى أساس من مبلغ القوة التي نحتاج إليها من أجل السيطرة على المرض. ونحن في كثير من الأحيان نخسر بعض القوة حين نختار دواء مصحوبا بآثار جانبية أقل. ولذلك يجب أن يكون الحل الأخير في الموازنة بين الربح والخسارة مع التسليم بأن الربح السهل الميسور أمر غير وارد.

تتابع الدواء

(Drug Sequence)

ما هو أفضل دواء نبدأ به العلاج؟ هنا وللمرة الثانية نجد أن الاختيار

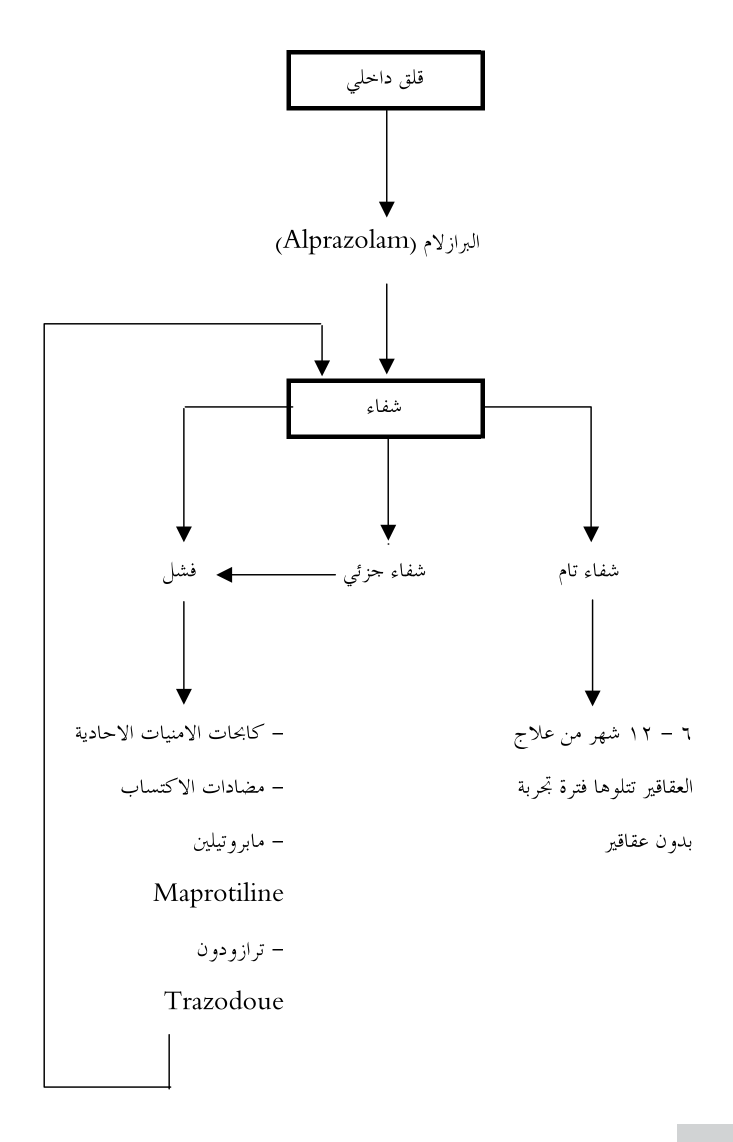
ليس أمرا سهلا. فقد تفرض الظروف الفردية تفضيل دواء على غيره. وكلما تقدم البحث الجديد وظهرت أدوية جديدة وجدنا القواعد والإرشادات تتغير على الدوام. وقد نلجأ إلى التعميم في هذه الآونة بقولنا إن اتباع المسار المرسوم في شكل (9) هو تفضيلي الخاص الآن. والهدف من هذه الاستراتيجية هو أن نستمر في العلاج حتى نصل إلى الشفاء التام. ولنضرب مثلا لمريض شخصت حالته بأنها مجرد قلق داخلي المنشأ، وذلك باستخدام المقياس في شكل (5)، كما أنه يتفق مع كل العناصر اللازمة لهذا التشخيص المذكورة في شكل (6). مثل هذا المريض يمكن أن يبدأ علاجه بعقار ألبرازولام (alprazolam). ذلك أن هذا العقار يختلف عن غيره من مركبات بنزوديازيبين benzodiazepines مثل الفاليوم (Valium)، والليبريوم (Librium) في أن له تأثيرا مضادا لنوبات الهلع التلقائية. وقد يرجع هذا التأثير جزئيا إلى حلقة ترايازولو إضافية (extra triazolo ring) في تركيبه الكيماوي وهذا ما يميزه عن المهدئات المعهودة. كما أن ألبرازولام-هو من بين مضادات الهلع-أسرع العقاقير فعالية وأقلها إثارة للمتاعب وأقلها سمية toxicity. ولكل هذه الأسباب يبدو أنه أكثرها أمانا في الاستعمال وأيسرها وصفا وتنظيما ومتابعة بالنسبة للطبيب.

والسبب الأكبر في اختيار ألبرازولام، إذن، هو في المحل الأول أنه أكثر أمانا وأسرع مفعولا وذلك بصفة نسبية وهو قد لا يكون بالضرورة أقوى من الأدوية الأخرى أو بريئا من المساوئ، فهو لا يمكن مثلا إيقاف استعماله فجأة خشية التعرض للمتاعب حيث إنه عقار مضاد للتشنجات. ولعله يمكن الإقلال من هذه المتاعب بالإنقاص المتدرج لجرعة الدواء. ثم انه يمكن تقدير الجرعة المناسبة حتى تمام الشفاء بعد أسبوعين أو ثلاثة من العلاج. فإن توقفت نوبات الهلع أمكن عندئذ استمرار المريض في تناول الدواء شهورا عديدة، يخفض بعدها الدواء بالتدريج خلال بضعة أسابيع. ويستطيع بعض المرضى عند هذه النقطة أن يظلوا بغير أعراض دون تعاطي الدواء. لكن البعض الآخر لا يمكنهم ذلك.

أما إن كان الشفاء جزئيا فقط بعد محاولة مناسبة من استعمال البرازولام وجب اعتبار العلاج فاشلا ووجب تخفيض الجرعة بالتدريج. ويختار الطبيب بعد ذلك واحدا من مضادات الأمينات الأحادية المؤكسدة، أو العائلة الثلاثية

استراتيجية العلاج للقلق داخلي المنشأ

(Management Strategy for endegenous abxiety)



الدائرية (tricyclic)، أو ترايازولوبيريدين (Triazolopyridine)، أو العائلة الرباعية الدائرية (tetracyclic).

ويرتكز حسن الاختيار على أساس فردي بالنسبة لكل مريض وطبيب: أي على أساس من المزايا النسبية والآثار الجانبية التي يجب أخذها في الحسبان. وقد وضعنا شكل (١٥) دليلا تقريبيا للمساعدة في ذلك الاختيار.

أما الأرقام المذكورة في شكل (١٥) فهي تعكس قوة الاحتمال في تأثير معين لكل عقار بمقياس من عشر نقاط عند مقارنته بالعقاقير الأخرى. وكلما زاد التقدير في المقياس زاد الاحتمال في حدوث ذلك التأثير عند مقارنته بالعقاقير الأخرى، فإن وجدنا أن عقارا له تأثير جانبي معين، ويسبب بعض المشكلات فقد تدعو الحاجة إلى الانتقال إلى عقار فعال آخر يقل معه ذلك التأثير الجانبي المعين. أما إذا احتاج الأمر إلى زيادة في مزية خاصة للعلاج صار من المفيد النافع أن ننتقل إلى عقار آخر يزيد نصيبه من ذلك التأثير.

وبصفة عامة نقول إنه لا يزال عقار فينيلزاين (phenelzine) من بين كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة أكثر العقاقير فعالية حتى الآن. لكن مما ينتقص من قدره أن له بعض الآثار الجانبية المزعجة وأنه يتطلب نوعا من الغذاء الفقير في مادة التيرامين (tyramine).

والقاعدة العامة أن هذه العقاقير يندر أن تحدث مفعولا ذا دلالة إذا هي استخدمت لمدة تقل عن ثلاث أسابيع. فإن تعاطى المريض جرعة مناسبة لفترة تمتد من ستة أسابيع إلى ثمانية أسابيع دون فائدة فقد وجب تغيير العقار إلى ما يليه في سلسلة عائلات العقاقير الموضحة. ثم يتم تقييم هذا العقار الجديد بعد فترة تمتد من ستة أسابيع إلى ثمانية لنرى مدى كفاءته في جلب الشفاء. والاستراتيجية الموضحة في شكل ٩ تدعو إلى اتباع الأسهم حتى يتم الشفاء.

تعديل الجرعة

(Dose Adjustment)

وبصدد الوصول إلى قاعدة عامة أخرى حول العلاج بالأدوية يحق لنا أن نقول إن التحديد الصحيح للجرعة في أي واحد من هذه الأدوية الفعالة

شكل ١٠ مزايا ومساوىء ادوية عديدة مضادة للهلع

درجات التأثير على 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

المزاج المكتئب
Depressed mood

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

الثقة بالنفس
Confidence

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

الدافعية
Motivation

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

Impramine	Maprotiline	Trazodone
Tofranil توفرانيل	Ludiomil لوديوميل	Desyrel ديزيريل
١٥٠ – ٤٥٠	150 – 300	150 – 600
200 – 250	200	250

ملاحظة : تعكس الأرقام في مقياس الدرجات العشر قوة تأثير الدواء او احتمال تأثيره عند مقارنته بالأدوية الأخرى . وإذا سبب أثر جانبي المشاكل فقد يستدعى الامر استخدام دواء فعال يقل معه احتمال هذا الاثر الجانبي . وإذا رغبنا في زيادة التأثير الدوائي في مجال معين فقد يساعد استخدام دواء يزيد الاحتمال في هذا التأثير كما ان تقدير الدرجات يستند إلى خبرة المؤلف العملية وتقدمه كدليل عملي لا كحقائق علمية مقررة .

Figure 10 Merits and disadrantages of several anti – panic srugs

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

نوبات الهلع
Panic attacks

Phenelzine فينيلزين
Tranylcypromine ترانيل سايبرومين
Alprazolam البرازولام
Imipramine إميبرامين
Maprotiline مابروتيلين
Trazodone ترازودون

القلق المتوقع او الاستباقي
Anticipatory Anxiety

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

المخاوف المرضية
Phobias

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

Effective dosage range, mg/d. مدى الجرعة الفعالة بالمليجرام يوميا	Phenelzine Nardil ناردیل 45 – 90	Tranylcypromine parnate بارنیت 20 – 80	Alprazolam xanax زاناکس 2 – 9
Average daily dose. mg. متوسط الجرعة بالمليجرام يوميا	60	40	4 – 6

Sheehan David v., Current Views an the Trearment of panic and =
Phobic Disorders (Drug Therapy, september 1982)

تابع شكل ١٠ التأثيرات الجانبية عند تعاطي الجرعات الفعالة

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

زيادة الشهية
Increased appetite

Phenelzine
Tranylcypromine
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

اضطراب في
الشعور بالذروة الجنسية
Orgasmic dysfunction

Phenelzine
Tranylcypromine
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

تأثيرات منشطة Energizing effects

Phenelzine
Tranylcypromine
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

Hypertensive reaction with tyramine
ارتفاع ضغط الدم
عند تناول مادة التيرامين

Phenelzine
Tranylcypromine

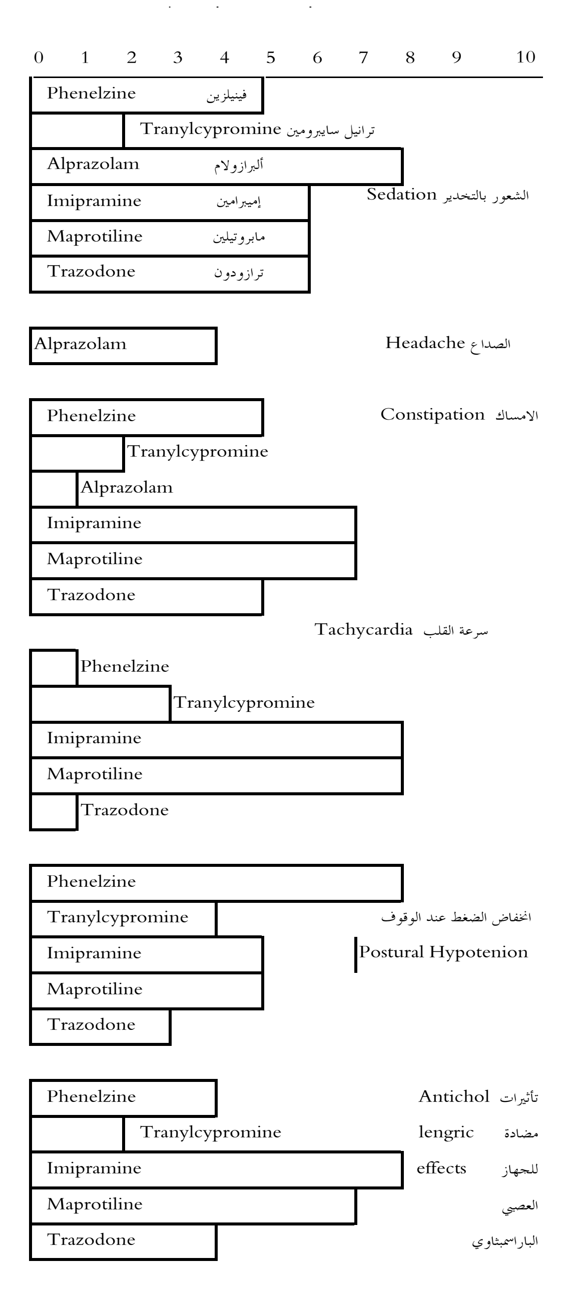
Subjectively unpleasant side effects (overall)
تأثيرات جانبية كريهة يشعر بها
المريض شخصيا (بصفة اجمالية)

Phenelzine
Tranylcypromine
Alprazolam
Imipramine
Maprotiline
Trazodone

تأثير يسبب التشنجات
Seizure inducing effect

Tranylcypromine
Imipramine
Maprotiline

Figure 10 side effects at effective doses



أكثر أهمية من حيث نتيجة العلاج من نوع الدواء المستعمل. فكثيرا ما يحال إلى الأطباء المختصين في هذا الاضطراب مرضى ظلوا يعالجون بالعديد من الأدوية المذكورة في القائمة ولكنهم لا يزالون يشكون من الأعراض. وعندئذ يركز المختص انتباهه على التحديد الدقيق للجرعة، فيزيدها عادة أو ينقص منها كي يحقق التحسن الذي كان من المفروض أن يحدث من قبل ذلك. وغالبا ما تكون الزيادات القليلة هي كل ما نحتاج إليه.

ثم قاعدة عامة أخرى هي أن الجرعة التي يحصل بها المريض على أنسب تحسن هي الجرعة التي يشعر معها ببعض الآثار الجانبية المعتادة للدواء.

فإذا لم يشعر المرضى بأي من هذه الأعراض الجانبية، فلعلهم لم يبلغوا أفضل جرعة لتحقيق الفائدة الكاملة. وإنما تكمن المهارة في التحديد الدقيق للجرعة لاعتصار أقصى الفائدة دون إحداث قدر كبير جدا من الآثار الجانبية.

والجرعة المبدئية المعتادة لعقار ألبرازولام (alprazolam) هي نصف مليجرام ثلاث مرات يوميا. وتؤخذ الجرعة بعد الانتهاء من كل وجبة. وحين تؤخذ الجرعات بعد الطعام يكون امتصاص الدواء أبطأ كما أن مستواه في الدم لا يبلغ قمة الارتفاع. والنتيجة أن يقل ظهور الآثار الجانبية - وخصوصا الشعور بالنعاس -، وأن آثار الجرعة قد تبقى فترة أطول إلى حد ما.

ويمكن - بعد تناول المريض نصف مليجرام ثلاث مرات يوميا لمدة يومين - أن تزاد الجرعة بمعدل نصف مليجرام كل يومين، وتضاف الجرعة الإضافية إلى إحدى الجرعات القائمة.

أما الجرعة اللازمة للحصول على تأثيرات طيبة في العلاج فتتراوح بين ثلاثة وتسعة مليجرامات يوميا. ويبلغ متوسط الجرعة اللازمة لمنع نوبات الهلع في الدراسات حتى الآن ستة مليجرامات يوميا. وحين تصل الجرعة إلى معدل مليجرامين ثلاث مرات يوميا تضاف الجرعات الإضافية بصفة عامة عند النوم. والآثار الجانبية الرئيسة هي النعاس، وعدم الثبات عند المشي، والتباطؤ في الكلام (slurring of speech)، وأحيانا مزاج مكتئب مهتاج ونقص في الدافعية (lack of motivation). والمرضى قد يحتاجون إلى

المرور في مستويين أو ثلاثة وهم يجتازون مراحل التحمل أو الإطاقة (tolerance) إلى أن يهتدوا إلى الجرعة الأفضل بعد فترة تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع. وقد يحتاج الأمر إلى زيادة الجرعة إذا توقفت الآثار الجانبية وانعدمت الفائدة التي كانت تصاحب جرعة فعالة سابقة.

فإذا ظل المريض على الجرعة الأفضل من ألبروزولام لمدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع كان على الطبيب أن يقدر إن كان قد وصل إلى درجة كافية من الشفاء (انظر شكل 9).

فإن كان الشفاء تاما، استبقى الطبيب مريضة على الدواء مدة تتراوح بين ستة شهور واثنى عشر شهرا أخرى. حتى إذا أحس المريض باستعداده للاستغناء عن الدواء في النهاية خفضت الجرعة ببطء بمعدل يتراوح بين نصف مليجرام ومليجرام كل أسبوع. فإنه لا ينبغي إيقاف أي دواء يستخدم في علاج القلق فجأة على الإطلاق، حتى ولو كان غير فعال. فقد يؤدي ذلك إلى زيادة تنشيط الحالة ثانية أو إلى ظهور آثار الانسحاب من العقار بل إلى التشنجات كذلك.

وأما بالنسبة لدواء فينيلزاين phenelzine فإن الجرعة المبدئية هي 15 مليجرام يوميا. ثم تزداد الجرعة بمعدل 15 مليجرام كل ثلاثة أيام أو أربعة. وبعد أن تصل الجرعة إلى 15 مليجرام ثلاث مرات يوميا تزداد كل أسبوع بمعدل 15 مليجرام إلى أن تظهر بعض الآثار الجانبية الشائعة النمطية، وعندما يصل المريض إلى جرعة تؤدي إلى نتيجة طيبة، فالقاعدة العامة أن يهبط ضغط الدم عنده قليلا وهو واقف (عند مقارنته بضغط الدم وهو جالس مستريح).

ولهذا السبب ننصح بقياس ضغط الدم عند الجلوس وعند الوقوف، وبالاحتفاظ بسجل دقيق لذلك بانتظام (يمكن تحصيل المزيد من التفصيلات عن استخدام كابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة وعن آثارها الجانبية في العلاج السيكياتري، وكذلك عن الإرشادات المتعمقة في استخدام بعض الأدوية الأخرى وآثارها الجانبية مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية الدائرية من قائمة القراءات أو المصادر الإضافية المثبتة في آخر الكتاب).

إن وجود بعض الآثار الجانبية الشائعة في جميع هذه الأدوية أمر ضروري في العادة لضمان وصول المريض إلى الجرعة المناسبة. كما أن المهارة

الإكلينيكية والتعديل الحريص أمران أساسيان للوصول إلى توازن مريح بين المزايا والآثار الجانبي

. ولعله من الإنصاف أن نقول-في هذه المرحلة التاريخية من ظهور هذه الأدوية-أن الجرعات التي توصف في أكثر الأحيان نجدها غير ملائمة تماما للوصول إلى أحسن النتائج. أي أن كلا من المريض والطبيب في حاجة إلى الصبر والمثابرة إلى أن يتحقق الهدف وهو أنسب جرعة ممكنة تستخدم على المدى الطويل.

توعية المريض

(Educating The Patient)

الأدوية الفعالة في هذا المرض لا يمكن للطبيب وصفها، ولا للمريض تناولها كيفما اتفق. صحيح أن أي طبيب يستطيع أن يصفها بالطبع. ومما يدعو إلى الطمأنينة - على كل حال - أن نعرف أن هناك مختصين في الطب يسمون مختصين في العقاقير النفسية (psychopharm acologists) ينفقون جل وقتهم في علاج المرضى بهذه الأدوية، ويتابعون التطورات الحديثة في الميدان، ويبحثونها في استقصاء. ويختص المختصون في العقاقير النفسية بالأدوية التي تؤثر على العقل أو الجهاز العصبي المركزي، وهم جميعا على التقريب من الأطباء الذين تخصصوا أولا في الطب النفسي (psychiatry)، ثم اشتغلوا فيما بعد بالعلاج بالعقاقير.

وعلى المرضى الذين يريدون الاستفادة من خبرة هؤلاء المختصين اتباع النظام التالي: حدد مكان أقرب كلية للطب، ثم حدد مكان قسم الطب النفسي داخل تلك الكلية الطبية (أغلب كليات الطب في الولايات المتحدة فيها أقسام للطب النفسي موجودة في مستشفيات تعليمية جامعية عديدة وقريبة).

ثم استشر واحدا من أعضاء هيئة التدريس في وحدات علم العقاقير النفسية داخل تلك المستشفيات. وقد يقدمون المساعدة بأنفسهم، أما إذا كانوا في مكان بعيد جدا فسوف يحيلون المريض إلى زميل كفء في علم العقاقير النفسية يكون أقرب إلى بيت المريض.

إن كثيرا من الأطباء النفسيين (psychiatrists) الآن مدربون تدريبا جيدا

في علم العقاقير النفسية ويمكنهم أن يكونوا نافعين جدا.

أما المختصون النفسيون (psychologists) فليس لديهم شهادة بكالوريوس في الطب أو تدريب طبي مثل الأطباء النفسيين، ولذلك لا يصرح القانون لهم بوصف الأدوية. ولكنهم - مع ذلك - مدربون تدريبا جيدا في كثير من الأحيان على العلاج السلوكي. وغالبا ما يكون هذا النوع من العلاج نافعا - كما سنرى في الفصل التالي - وخصوصا بعد أن تتم سيطرة الدواء على النوبات التلقائية. ويستطيع المختصون في العلاج السلوكي أن يضيفوا - في أحيان كثيرة - بعدا إضافيا إلى تحسن المريض، كما أن أساليبهم تنفع بصفة خاصة في التغلب على الفوبيا أو المخاوف المرضية. ويعمل كثير من المختصين النفسيين الآن مع الأطباء النفسيين كفريق.

وعندئذ يصف الطبيب النفسي الأدوية الفعالة ويتابعها. بينما يساعد المختص النفسي في تقديم المزيد من علاج الأهداف الأخرى إن دعت الحاجة. ومن الراجح أن يشمل مثل هذا الفريق مختصين ذوي معرفة ووعي بمجالات الخبرة عند أصحاب التخصصات الأخرى.

ولا يختلف وصف العقاقير في مرض القلق عن وصف الإنسولين لمريض داء البول السكري. فعلى مرضى داء البول السكري أن يتعلموا الكثير وأن يتعاونوا تعاونا وثيقا مع الفريق الطبي كي يحصلوا على أفضل سيطرة ممكنة على مرضهم بداء البول السكري.

إن أوقات الحقن بالإنسولين أثناء اليوم، والجرعة في كل وقت من هذه الأوقات، وهل تؤخذ عند تناول الطعام أو في غير ذلك من الأوقات، كل أولئك اعتبارات هامة. وتنبغي العناية - إضافة إلى ذلك - بمستوى الرياضة وشرب الكميات الكافية من السوائل.

فهذه المتابعة الواعية-في أغلب الأمراض المزمنة-للدواء، والتعاون مع مريض مستنير هي التي تؤدي إلى الفارق بين نتيجة متوسطة أو نتيجة طيبة للعلاج. وعلاج مرض القلق أمر مشابه جدا.

إن الوقت الذي يقضيه المريض مع الطبيب في المراحل الأولى للعلاج له جزاء طيب. إذ سوف يحدد الطبيب الإطار العام ويناقش استراتيجية العلاج واختيار الدواء. على أن كثيرا من الأطباء يقدمون إرشادات مكتوبة عن كيفية الابتداء بالجرعة وزيادتها، بالإضافة إلى معلومات مطبوعة عن كيفية

التصرف في الآثار الجانبية المختلفة والمشكلات التي تظهر عادة. صحيح أنه قد يزعج المرء في بادئ الأمر أن يدرك احتمال وقوع آثار جانبية، لكن من السهل-على الرغم من ذلك-أن يتعلم المريض أي هذه الآثار يكون من الدلائل الحسنة على الجرعة الصحيحة، وأيها أخطر منه، وأيها يكون مزعجا.

إن الوقت الذي ينفقه الطبيب والمريض في هذه الأمور لا يخفف الانشغال والقلق على المدى الطويل فحسب، ولكنه يجعل الطبيب والمريض شركاء متعاونين في العلاج.

وهذا يزيد من الفرص المتاحة للمريض في اتباع إرشادات الطبيب وفي التعاون معه-لا الوقوف ضده-في سبيل تحقيق أفضل نتيجة ممكنة، كما يزيد من فهم الطبيب للمريض. ومن المرضى من يجد من المفيد أن يقوم بكتابة المذكرات، أو حتى بإحضار جهاز التسجيل أثناء جلساتهم للعلاج. وهذا من شأنه أن يسجل تفصيلات التعليمات بدقة وبطريقة توفر الوقت أيضا.

إن زيادة المعرفة بالحالة وعلاجها مفيدة في العادة على المدى الطويل. وقد يخاف المرضى أحيانا من بعض ما يقرؤونه، لكنهم حين تزداد معرفتهم يدركون أن مزايا هذه الأنواع من العلاج ترجح كثيرا على عيوبها. كما يتأكدون من أن أطباءهم حريصون على حمايتهم من الضرر.

كما أن إدارة الغذاء والدواء تقوم - بالتالي - على حماية مصالح المرضى الصحية، إذ إنها تدقق في فحص كل الأدوية وكيفية وصفها، وتراجع على الدوام المعلومات المتاحة عن الآثار الجانبية كي تحمي الجمهور من أي أخطار كبيرة.

وقد رأينا-في الفصل السابع عشر عن الأهداف الأربعة للعلاج-كيف أن آدم بحث عن معلومات أكثر تفصيلا عن مرض القلق وعلاجه. ولكن كثيرا من المرضى لا يدركون مدى سهولة البحث عن أفضل المعلومات نوعا. وغالبا ما يؤدي التعاون مع واحد من المدربين من أمناء المكتبات إلى العثور على معلومات كثيرة تفيد المريض أو العائلة. ولذلك وجب ألا نثبط المرضى عن قراءة المجلات والمراجع المتاحة للأطباء والمختصين. وغالبا ما يدهش الناس حين يعلمون مدى قدرتهم على متابعة الكثير من المادة الطبية المنشورة.

إننا نعيش في عصر المعلومات-أو قد نقول في ثورة من المعلومات-وليس هناك من سبب يمنع الإنسان العادي من المشاركة. وقد يشعر المرضى بخيبة الأمل-عند قراءة أمثال هذه المراجع أحيانا-من تعدد الآراء أو حتى من مدى الاختلاف حول أي موضوع. لكنهم سرعان ما يدركون أن هذا جزء من منهج العلم أو الطريقة العلمية. فهناك صراع دائم بين وجهتي نظر متعارضتين، ثم تبقى على المدى الطويل أفضل الأفكار الجديدة، ويتم التوصل إلى إجماع جديد على الرأي. ولكن العملية تتطور دائما وتتحسن وتبحث باستمرار عن مزيد من الدقة والصدق.

وسوف تزداد أهمية تعليم المريض وإرشاده في السنوات القادمة. وقد قيل إن قليلا من المعرفة شيء خطير بالنسبة للمرضى في الطب. وأفضل علاج لهذه المشكلة هو تقديم المزيد والأنفع من المعلومات بدلا من تثبيطهم عن الحصول عليها في المحل الأول.

متابعة الاستجابة والمضاعفات

(Monitoring Response And complications)

«كيف حالك؟» و«هل هناك مشاكل؟» هذان سؤالان عاديان يسألهما الطبيب. وهما بسيطان بصورة خادعة، يمر عليهما الإنسان بسهولة وبتجاهلهما. لكن هذين السؤالين يفتحان مستودعا هائلا، وكلما زاد الحصول على معلومات أنفع وأكثر قيمة، وكلما زاد المحصول من المعلومات، ازداد احتمال الوصول إلى علاج طيب. ولذلك فنحن في حاجة إلى مقياس واضح محدد نقيس به حالة المريض ونتتبع به الآثار الجانبية والمضاعفات.

متابعة التحسن العام

(Monitoring Overall improvement)

إن أبسط طريقة في قياس التحسن هي استخدام. مقياس عام للتحسن (Global lmprovement Scale) مثل المقياس الموجود في شكل 11. ويتم تقديم درجاته كل أسبوع (أو على فترات منتظمة). ثم يسهل بعد انقضاء بضعة أسابيع رسم الرقم على خط بياني كما هو مبين في الشكل رقم (12).

ومن السهل-في لمحة واحدة-أن نرى مدى ما تم تحقيقه، ولكن المهم

Figure 11, Patients' and Physicians'

شكل (١١) مقياس التحسس العام يستخدمه المرضى والأطباء

Global Improvement Scale

INSTRUCTIONS : Circle number that best describes your situation now . A Litle

تعليمات : ارسم دائرة حول الرقم الذي يبين أحسن وصف لحالتك الآن منذ بداية العلاج أصبح تقدمي العام :

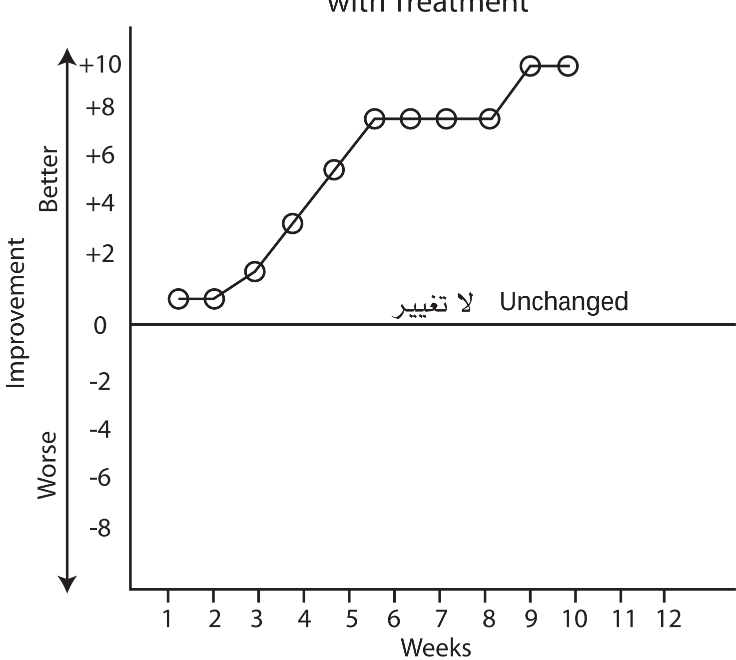
Since starting this treatment my overall prigress is :

إلى أسوأ — WORSE | IMPROVED — إلى أحسن

-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10

- −10: Very Bad Could Not Be Worse — بدرجة كبيرة جدا - لا أسوأ من ذلك
- −9 to −7: Markedly — بدرجة كبيرة
- −6 to −4: Moderately — أسوأ بدرجة متوسطة
- −4 to −1: A little — أسوء قليلا
- −1 to +1: Unchanged or start of treatment — لا تغيير أو بدء العلاج
- +1 to +3: A little — تحسن قليل
- +4 to +6: Moderately — متوسط
- +7 to +9: Markedly — كبير
- +10: Major Improve-ment Back to Normal — تحسن عظيم العودة إلى الحالة الطبيعية

Figure 12, Changes in Global Improvement Score with Treatment



كذلك أن نرى المسافة التي مازال عبورها واجبا. فيركز المريض والطبيب اهتمامهما على هذه المسافة ويحددان بدقة ما الذي ينبغي عمله وأفضل الطرق إلى أدائه.

إن هذا المرض ليس هينا-كما رأينا في الفصول المتقدمة-يميزه عرض أو عرضان، ولكنه حالة متعددة الجوانب. وقد لا يكون من الحكمة أن نركز كل الاهتمام على عرض واحد وكأنه الحالة كلها. وإنما تحتاج كل الجوانب إلى الاهتمام بها لو أردنا للمرض أن يتم علاجه علاجا فعالا. ولو أننا قسنا المشكلة بكل جانبها لأصبح من الواجب أن تستجيب الجوانب كلها إن كان العلاج طيبا.

فما هي جوانب الاضطراب التي يكون من النافع قياسها؟ من المفيد تلخيص تلك الجوانب التي يمكن قياسها منفصلة، حتى نرى مدى نجاح العلاج في عمله وهي:

- الأعراض
- النوبات نفسها
- المخاوف المرضية أو الفوبيا
- العجز الناشئ
- الآثار الجانبية للعلاج بالدواء

متابعة الأعراض (Monitoring Symptoms)

يمكن قياس الأعراض باستخدام مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته. (انظر شكل 7). أما الجزء الأول من هذا المقياس فيعطينا تقديرا لنوبات الأعراض التي تحدث بانتظام، وأما الجزء الثاني فيمكن أن يعطينا تقديرا مختلفا لكل من أنواع الفوبيا أو المخاوف المرضية الرئيسة وذلك حسب مقدار القلق الذي يعانيه المريض في كل واحد منها. والهدف هو أن تستمر في تخفيض التقدير حتى تهبط أنواع الفوبيا أو المخاوف جميعا إلى الصفر أو قريبا منه. وهذا يزودك بمقياس عن مدى التحسن في حالتك.

متابعة النوبات (Monitoring Attacks)

يمكن قياس نوبات الهلع والقلق باستخدام بر وفيل النوبة المبين في شكل 13. وأما شكل 18 فيمكن استخدامه دليلا للتمييز ما بين النوبات المختلفة. ففي الجزء (أ) عليك أن تأخذ في اعتبارك النوبات التي تأتي مع قليل من الاستثارة أو بغير استثارة. وتسجل النوبات التي تصاحبها ثلاثة أعراض أو أكثر تحدث معا في الواقعة نفسها على أنها نوبات هلع غير متوقعة. وأما النوبات التي تصيب عضوا أو عضوين في الجسم فهي تعد نوبات تلقائية بسيطة هينة.

وأما جزء (ب) فهو مخصص لتسجيل نوبات القلق التي ترتبط بمواقف واضحة محددة تخشاها وتتفادها. فتحسب ضمن «نوبات القلق الإستباقي أو التوقعي» عدد المرات التي يتزايد فيها القلق تتوقع الدخول في مواقف تخشاها وتتفادها. وأما الموجات المفاجئة من الهلع التي تحدث حين تكون في موقف مخيف فيكون تسجيلها على أنها نوبات هلع موقفية (situational).

فإذا كنت مثلا تخشى الأسواق المزدحمة فقد تحس بالقلق المتزايد

وأنت تقترب منها وتتساءل: «ماذا يحدث لو أصابتني نوبة هلع وأنا هناك؟» فهذه نوبة قلق توقعي. أما إن ذهبت عندئذ إلى السوق ثم أصابتك بعد بضع دقائق موجة مفاجئة من الهلع كانت تلك نوبة هلع موقفية. وغالبا ما تضاف نوبات الهلع الموقفية (Situational panic attacks) إلى القلق الاستباقى أو التوقعي (anticipatory anxiety).

وقد ترغب في تسجيل المدة التي تستغرقها كل نوبة متوسطة من هذه الأنواع الأربعة من النوبات حتى ولو تغيرت، وكذلك مدى شدتها حتى ولو تغيرت. وتقدر الشدة في أقصاها بالدرجة (١٥) إذ تكون العشرة هي أكبر درجة ممكنة. أما درجة الصفر على هذا المقياس فهي الاسترخاء التام. وكلما تحسنت حالتك مع العلاج، انخفضت الدرجات في كل المقاييس شيئا فشيئا، وتستطيع - إن أحببت - رسم هذه الدرجات على خط بياني أيضا.

شكل ١٣ مقياس نوبات الهلع والقلق

(Panic and Anxiety Attack Scale)

	العدد في الأسبوع الماضي	العدد في الشهر الماضي	متوسط الزمن (بالدقائق)	متوسط الشدة (من صفر إلى عشرة)
جزءاً : نوبات الهلع Panic Attacks * **نوبات الهلع الموقفية ،** (Situational Panic Attacks) نوبات من القلق الفجائي مع ثلاثة أو أربعة أعراض تحدث حين تكون في موقف أو على وشك الدخول في موقف يجوز من خبرتك أن يسبب النوبة				

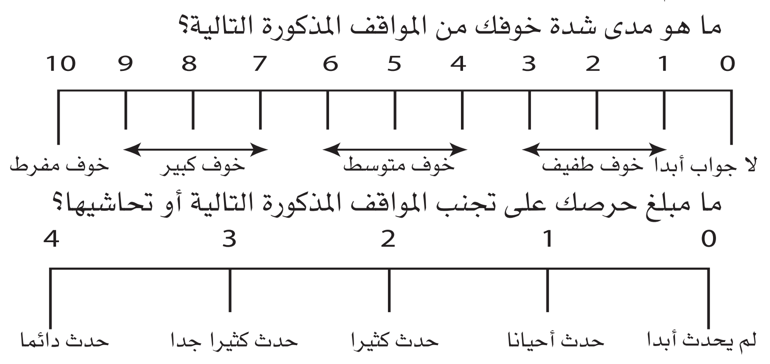
	العدد في الأسبوع الماضي	العدد في الشهر الماضي	متوسط الزمن (بالدقائق)	متوسط الشدة (من صفر إلى عشرة)
* **نوبات الهلع غير المتوقع** (**Unexpected Panic Attacks**) نوبات فجائية غير متوقعة من القلق مع ثلاثة أو أربعة أعراض تحدث باستثارة قليلة أو بغير استثارة (أي حين لا تكون في موقف يجوز أن يسبب النوبة) .				
جزء ب : نوبات الأعراض المحدودة (Limited Symptom Attacks)				
* نوبات الأعراض المحدودة الموقفية (Situational limited symptom attacks) نوبات فجائية محدودة بعرض أو عرضين تحدث حين تكون في موقف أو على وشك الدخول في موقف يجوز من خبرتك أن يسبب النوبة .				
* **نوبات الأعراض المحدودة غير المتوقعة** نوبات فجائية محدودة بعرض أو عرضين تحدث باستثارة قليلة أو بغير استثارة (أي لا تكون في موقف يجوز من خبرتك أن يسبب النوبة)				
جزء ج : نوبات القلق التوقعي أو الاستباقي . القلق الذي يحدث حين تتوقع مواجهة موقف فوبي مخيف أو الاصابة بنوبة هلع .	النسبة المئوية للزمن المستغرق في قلق التوقع أثناء اليقظة			

متابعة المخاوف المرضية (Monitoring Phobias)

يمكن قياس الفوبيا أو المخاوف المرضية باستخدام مقياسها المبين في شكل (14). ويشمل هذا المقياس أنواع الفوبيا أو المخاوف المرضية التي توجد كثيرا لدى المرضى بمرض القلق. والبند رقم (1) يسألك أن تختار الفوبيا أو الخوف المرضي الرئيس (أو الموقف أو الشيء الذي تتفاداه) وتريد علاجه. ثم تقدر في كل أسبوع هذا الأمر وتبقى الخوف المرضي نفسه في هذا المكان. وتختار في العمود الأول درجة من صفر إلى عشرة، مستهديا بالمقياس الموجود في أعلى الشكل وتحددها على أساس مدى القلق الذي يؤدي إليه وجودك في ذلك الموقف. ثم تضع تأشيرة في الأعمدة التالية تدل على مدى حرصك على تجنب هذا الموقف. وهناك في أسفل الشكل مقياس عام يعطي نظرة شاملة سريعة لمبلغ اشتداد كل أنواع الفوبيا عندك في مجملها. ومن الواجب وبمرور الزمن ومع التحسن أن تقل جميع هذه الدرجات. فإن بقيت مرتفعة في أي مجال من المجالات كان عليك وعلى طبيبك تركيز الجهود نحو هذه الناحية أو المجال من مجلات العلاج.

شكل 14 مقياس الفوبيا أو المخاوف المرضية (Phobia Scale)

لكي تملأ البيانات في مقياس المخاوف المرضية التالي ارسم دائرة حول أحد الأرقام من صفر إلى عشرة في الصف العلوي من كل قسم لتبين مدى شدة خوفك من موقف معين، وارسم دائرة حول أحد الأرقام من صفر إلى أربعه في الصف السفلي لتبين مدى حرصك على تجنب ذلك الموقف. واستخدم المقاييس التالية كدليل لإرشادك.



1- المخاوف المرضية الرئيسة التي تريد علاجها:

الفوبيا أو الخوف المرضي رقم 1، اذكره بالتحديد.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

الفوبيا أو الخوف المرضي رقم 2، اذكره بالتحديد

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

الفوبيا أو الخوف المرضي رقم 3، اذكره بالتحديد.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

الفوبيا أو الخوف المرضي رقم 4، اذكره بالتحديد.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

2- الابتعاد عن المنزل وأنت وحدك:

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

3- نوبات فجائية غير متوقعة من الهلع والقلق. تحدث نتيجة ضغط بسيط أو دونه.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

4- السفر في السيارات العامة أو الأنفاق أو القطارات أو السيارات الخاصة.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

5- الأماكن المزدحمة (مثل الأسواق أو المباريات الرياضية أو المسارح).

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

6- الأماكن الواسعة المفتوحة.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

7- الإحساس بأنك محبوس أو محصور في الأماكن المغلقة.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

8- أن تترك وحيدا.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

9- التفكير في الإصابة البدنية.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

10- سماع أخبار الموضوعات الصحية أو الأمراض أو القراءة عنها.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

11- الأكل والشرب أو الكتابة في الأماكن العامة.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

12- الإحساس بأنك مراقب أو مركز الاهتمام.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

13- وجودك مع الآخرين لأنك شديد الحياء أو التحرج.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

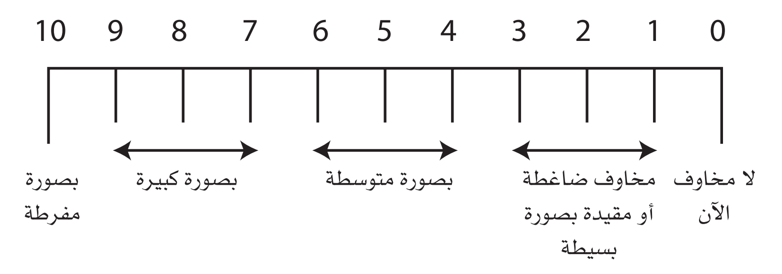
14- مواقف أخرى غير السابقة تخاف منها وتتفادها.

شدة الخوف: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

مدى التفادي: 1 2 3 4

15- حدد أبعد مسافة تجتازها وحيدا: بالأمتار والكيلومترات.

حدد الحالة الراهنة لمخاوفك المرضية إجمالا على المقياس التالي، وارسم دائرة حول الرقم الذي تختاره:



هذا المقياس تم نقله بتصرف عن أ. م. ماركس I. M. Marks أو. ماثيوس A. Mathews وعدله المؤلف لاستخدامه في الولايات المتحدة. ويمكن للمهتمين بالبحث الأصلي مراجعة كتاب «التعايش مع الخوف» Living with Fear (انظر المراجع).

متابعة العجز (Monitoring Disability)

إن أعراض مرض القلق تؤدي إلى عجز الناس بدرجات متفاوتة في جوانب مختلفة من حياتهم. ومن الواضح أن هذا يجب التغلب عليه أيضا. ويقيس مقياس العجز المبين في شكل (15) هذا العجز بطريقه ميسورة مباشرة. والدرجات في هذا المقياس، عند بداية العلاج تكون مرتفعة في العادة ثم ينبغي أن تصبح منخفضة جدا في غضون شهرين أو ثلاثة. ونقول بصفة عامة إنه كلما طال بقاء المرضى علاج فعال انخفضت درجاتهم. ويتم أكثر التحسن في كل المقاييس خلال فترة تتراوح بين الأسابيع الأربعة والأسابيع الستة الأولى. لكنه ينبغي-مع ذلك-أن يزداد لانخفاض في كل الدرجات مع انقضاء كل شهر. ومن المهم-فوق كل شيء-ألا نركن إلى تحسن جزئي أو تحسن من الدرجة الثانية. فإنه يمكن الوصول إلى نتائج طيبة جدا في كثير من الأحيان، وكل ما يتطلبه ذلك هو زيادة طفيفة في الدواء. وهنا يكون للصبر والمثابرة الجزاء الأوفى.

متابعة الآثار الجانبية (Monitoring Side Effects)

يبين شكل 16 قائمة مراجعة لقياس بعض الآثار الجانبية النمطية التي تصاحب الأدوية الفعالة المختلفة في هذه الحالة. ويمكن تقدير هذا عند نهاية كل يوم أو كل أسبوع أو قبل كل زيارة للطبيب، كي نغطي كل الآثار

الجانبية التي حدثت منذ الزيارة الأخيرة. وسوف يوفر ذلك كثيرا من وقت الطبيب وجهده وبذلك يسمح له بالتركيز على الأمور التي تستأثر بأغلب اهتمامه. كما أن الدرجة الإجمالية في هذه القائمة سوف تتغير بمرور الزمن. وأعلى ما تكون الدرجات في الأسابيع القليلة الأولى من العلاج، ثم تتناقص بعد ذلك. ويزودنا هذا مرة أخرى بطريقة للمتابعة. ويشعر بعض المرضى-عند تعاطي مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية (tricyclics)، وكابحات الأمينات الأحادية المؤكسدة MAO-

شكل 15

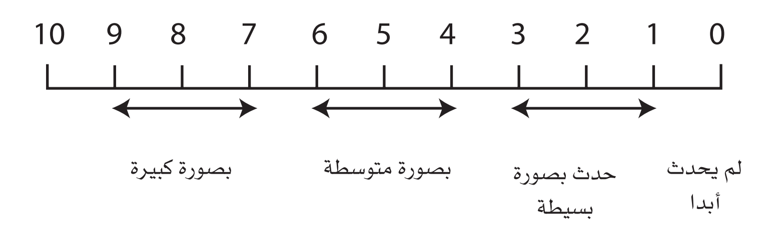
مقياس العجز (Disability Scale)

تعليمات

ارسم دائرة حول الرقم الذي يبين أحسن وصف لحالتك الآن.

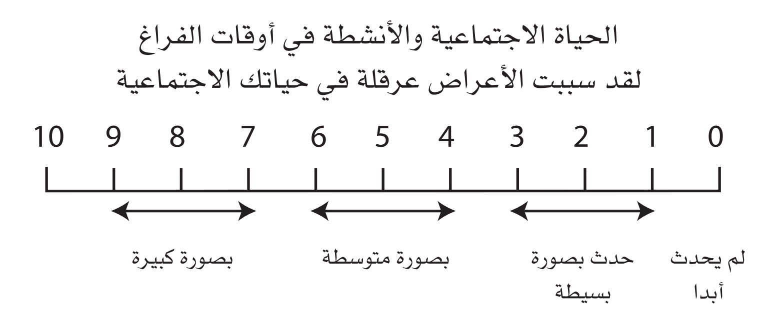
العمل

لقد سببت الأعراض عرقلة في عملك



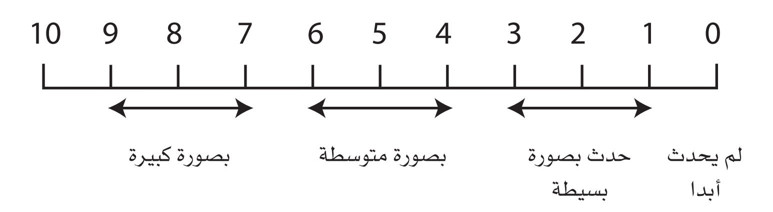
الحياة الاجتماعية والأنشطة في أوقات الفراغ

لقد سببت الأعراض عرقلة في حياتك الاجتماعية



الحياة العائلية والمسؤوليات البيتية

لقد سببت الأعراض عرقلة في حياتك العائلية ومسؤولياتك البيتية.



بالآثار الجانبية خلال الأسابيع العديدة الأولى من العلاج، وهي آثار جانبية يجدونها كريهة جدا في شعورهم. وغالبا ما يخيف هذا المرضى الذين هم في قلق شديد بالفعل، كما يدفع الكثيرين منهم إلى التوقف عن تناول أدويتهم قبل الأوان فتكون النتيجة فشل العلاج بغير ضرورة.

وفي العادة تخف هذه الآثار الجانبية الكريهة إلى حد ملحوظ بعد نحو شهر، وعلى ذلك يكون جزاء الصبر والمثابرة في هذه المرحلة جزاء وافيا. ومن النادر أن تصبح الآثار الجانبية مشكلات مزمنة، والغالبية العظمى منها غير خطيرة مهما كانت كريهة مخيفة على المدى القصير.

ولو أننا هيأنا المرضى وجعلناهم يتوقعون فترة قصيرة من الآثار الجانبية المقلقة وشجعناهم على الصبر والمثابرة وعلى أن يتعاونوا تعاونا وثيقا مع أطبائهم في إجراء التعديلات الضرورية في جرعة الدواء بدلا من التوقف عن تعاطيه لأصبحت الاحتمالات كبيرة في أنهم سوف يجتازون الفترة بنجاح.

وإذا كان الاحتفاظ بكل القوائم في هذا الفصل أمرا شاقا جدا، فإن استخدام المذكرات اليومية اليسيرة فيما بين الزيارات كتلك المبينة في شكل «17» من أجل تسجيل النوبات والآثار الجانبية والجرعة المستخدمة في كل يوم يكون أمرا نافعا في الغال

. ومن الواجب تسجيل نوع النوبة التي تحدث في كل يوم، بالإضافة إلى الجرعة الكلية، وكيف تم تعاطيها، وأي آثار جانبية هامة في اليوم الذي حدثت فيه.

ومن النافع للأطباء - فوق كل شيء - أن يحتفظ المرض بمذكرات دقيقة

وأن يحضروا نسخا منها عند زيارتهم. وقد أخبرني مرضاي أن هذا ينفعهم أيضا، كما بينوا لي الأساليب التي تبين لهم أنها الأكثر نفعا. ذلك أن مذكراتهم تعينهم على تذكر أي أسئلة هامة يريدون سؤالها. ومن شأن المصابين بالقلق أن يتعرضوا كثيرا للنسيان عند زيارتهم لأطبائهم، وغالبا ما يكون لديهم الكثير مما ينبغي لهم أن يذكروه للطبيب أو يسألوه عنه. وتزود المقاييس المقترحة من قبل-المريض والطبيب كليهما-بنظام واضح محدد.

وقد أعطاني مرضى كثيرون معلومات منظمة - بل مطبوعة على الآلة الكاتبة - من هذا القبيل منظمة ولها عناوين عند كل زيارة، وكان علاجهم من دواعي سروري الخالص. ولم يكن هذا الأمر سببا في تيسير عملي فحسب، وإنما زودني كذلك بالمعلومات الضرورية لتحقيق أفضل النتائج الممكنة لهم. بل وقد زاد ذلك ثقتي بهم كأناس مسؤولين يوثق بهم. وقد علمني أننا كأطباء نستطيع أن نتعلم الكثير من مرضانا أيضا. وإنما هم - إذا أتيحت الفرصة لهم - متلهفون جدا على أن يكونوا حلفاء لنا نافعين في السيطرة على مرضهم والتعامل معه.

شكل 16

قائمة مراجعة للآثار الجانبية للأدوية المضادة للهلع والقلق والمخاوف المرضية.

Side-effects Checklist for anti-panic, anti-anxiety and anti-panic medications

تعلمات: الرجاء أن تذكر إن كنت قد أحسست بأي عرض من الأعراض التالية حول الرقم الذي يعبر أفضل تعبير عن مدى ما سببته المشكلة لك من إزعاج وضيق.

صفر: لا شيء على الإطلاق،

1: بصورة قليلة،

2: بصورة متوسطة،

3: بصورة كبيرة،

4: بصورة مفرطة.

1- صداع.	0	1	2	3	4
2- صعوبة الدخول في النوم.	0	1	2	3	4
3- الاستيقاظ كثيرا أثناء الليل.	0	1	2	3	4
4- كوابيس أو أحلام مفزعة.	0	1	2	3	4
5- هياج وعدم استقرار.	0	1	2	3	4
6- ارتعاشات بسيطة.	0	1	2	3	4
7- تشنجات.	0	1	2	3	4
8- عدم التوازن وضعف التآزر الحركي.	0	1	2	3	4
9- التعب والشعور بالضعف.	0	1	2	3	4
10- اختلاط التفكير (Confusion).	0	1	2	3	4
11- سرعة الاستثارة.	0	1	2	3	4
12- الحزن والاكتئاب.	0	1	2	3	4
13- ضعف الشهية.	0	1	2	3	4
14- نقص الوزن.	0	1	2	3	4
15- زيادة الشهية.	0	1	2	3	4
16- زيادة الوزن.	0	1	2	3	4
17- اختزان السوائل في الكاحلين أو الأصابع.	0	1	2	3	4
18- العرق.	0	1	2	3	4
19- الغثيان والقيء.	0	1	2	3	4
12- الإمساك.	0	1	2	3	4
21- الإغماء والدوخة.	0	1	2	3	4
22- صعوبة في تفريغ المثانة.	0	1	2	3	4
23- زغللة في النظر.	0	1	2	3	4
24- خفقان القلب (ضربات زائدة أو سرعة القلب).	0	1	2	3	4
25- جفاف الفم.	0	1	2	3	4
26- توهج حرارة الجسم وارتعاشات باردة.	0	1	2	3	4
27- الإسهال.	0	1	2	3	4

28- طفح جلدي.	0	1	2	3	4
29- اليرقان.	0	1	2	3	4
30- الشعور بالخدر والنعاس.	0	1	2	3	4
31- النشاط المفرط.	0	1	2	3	4
32- إرتعاشات عضلية (muscle twitchine).	0	1	2	3	4
33- نسيان الأشياء.	0	1	2	3	4
34- زيادة الميل إلى العدوان وتأكيد الذات.	0	1	2	3	4
35- الإفراط في الكلام.	0	1	2	3	4
36- سماع أو رؤية أشياء تعلم أنها غير موجودة فعلا.	0	1	2	3	4
37- تشوه أو خلل في شكل الأشياء.	0	1	2	3	4
38- إحساس بما يشبه الصدمة الكهربائية.	0	1	2	3	4
39- العجز عن الانتصاب (عند الرجال).	0	1	2	3	4
45- العجز عن القذف أو الوصول إلى ذروة الشهوة الجنسية	0	1	2	3	4
41- أعراض أخرى (اذكرها بالتحديد).	0	1	2	3	4
42- أعراض أخرى (اذكرها بالتحديد).	0	1	2	3	4
43- أعراض أخرى (اذكرها بالتحديد).	0	1	2	3	4

شكل (17)

يوميات نوبة الهلع (Panic attack diary)

نوبة الهلع Panic attack (ثلاثة أعراض أو أكثر)

1- هلع موقفي (النوع الأول) (Situational Type 1)

نوبة قلق فجائية مع ثلاثة أعراض أو أكثر تحدث حين تجد نفسك في موقف أو على وشك الدخول في موقف. ترى من خبرتك السابقة أنه قد يسبب النوبة

2- هلع غير متوقع (النوع الثاني) (Unexpected Type 2)

نوبة قلق فجائية غير متوقعة مع ثلاثة أعراض أو أكثر تحدث باستثارة

قليلة أو بغير استثارة، أي حين لا تكون في موقف يحتمل أن يسبب النوبة.

نوبة الأعراض المحدودة (Limited symptom Attack)
(عرض أو عرضان)

3- نوبة أعراض موقفية (النوع الثالث) (Situational Type 3)

نوبة فجائية محدودة بعرض أو عرضين حين تكون في موقف أو على وشك الدخول في موقف تتوقع من خبرتك السابقة أنه قد يسبب النوبة.

4- نوبة أعراض غير متوقعة (النوع الرابع) (Unexpected Type 4)

نوبة فجائية محدودة بعرض أو عرضين تحدث باستثارة قليلة أو بغير استثارة، أي حين لا تكون في موقف يحتمل من خبرتك أن يسبب النوبة.

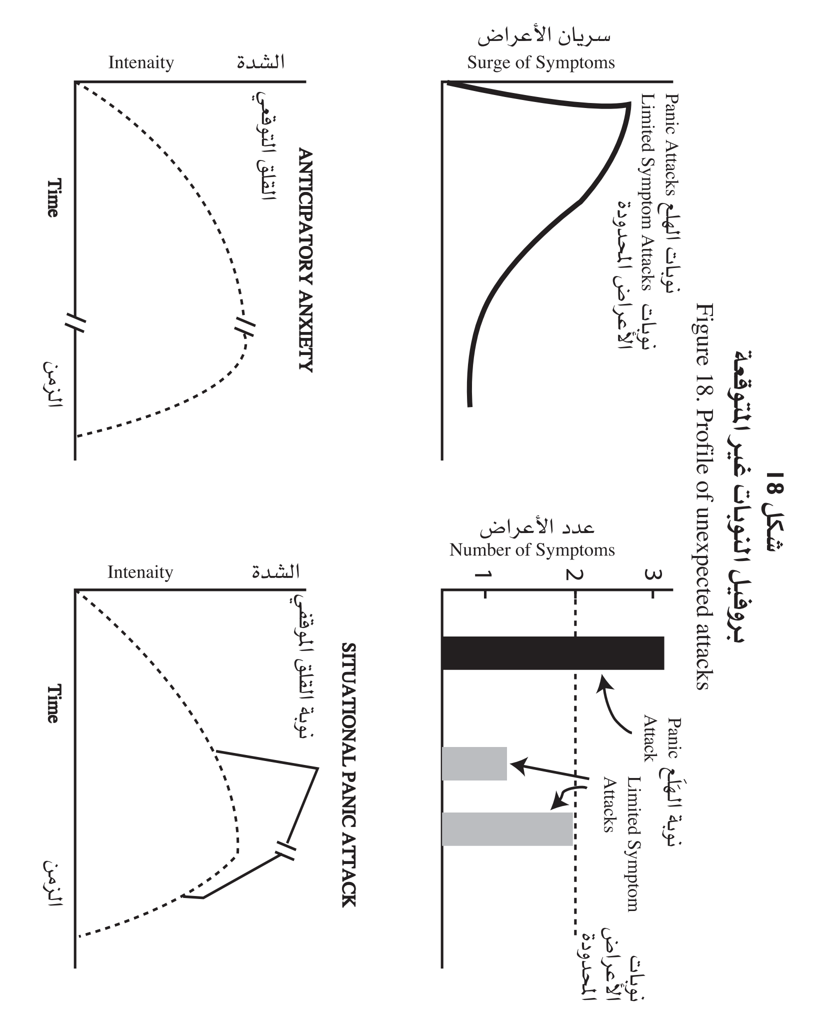
القلق الاستباقي أو التوقعي (Anticipatory Anxiety)

5- النوع الخامس (Type 5)

الهم والقلق من الإصابة بنوبة الهلع أو القلق من الدخول في موقف تخشى من خبرتك أنه قد يسبب القلق.

تعليمات: عندما تصاب بنوبة من النوع الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع أو الخامس اكتب ذلك الرقم في الخانة المخصصة ليوم الإصابة. واكتب أحد هذه الأرقام عند كل مرة تصاب بالنوبة فيها.

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة
السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة
السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	الجمعة



شكل 18
بروفيل النوبات غير المتوقعة
Figure 18. Profile of unexpected attacks

20 الهدف الثاني: الفوبيا أو المخاوف المرضية

الدواء هو كل ما نحتاج إليه في كثير من الأحيان للتغلب على مرض القلق. وعندما تتوقف النوبات التلقائية يشعر المرضى بالثقة التي تتيح لهم الذهاب مرة أخرى إلى المواقف التي كانوا يتجنبونها من قبل. وسرعان ما يحسون بالراحة في هذه المواقف بعد قليل من التدريب. والأرجح أن يحدث ذلك حين يكون المرض حديث النشأة أو غير شديد الوطأة.

وأفضل ما تفعله الأدوية هو مقاومة عنصر الأيض الجوهري في المرض: إذ هي تمنع النوبات غير المتوقعة. وأما تأثيرها على الفوبيا أو المخاوف المرضية فهو أقل وضوحا وأبطأ. وفي نهاية الأمر يحتاج المريض إلى العودة إلى الموقف الفوبي أو المخيف بضع مرات كي يحس بالراحة هناك. على أنه ليس من المستبعد أن تبلغ بعض أنواع الفوبيا أو المخاوف المرضية درجة من العنف والشدة بحيث تجد المريض قد تحسن من عدة أوجه أخرى، ولكنه يظل مع ذلك على حاله من مقاومة العودة إلى

الموقف. في أمثال هذه الحالات التي تضرب فيها الفوبيا جذورها العميقة في المريض قد يحتاج الأمر إلى العلاج السلوكي كي يساعده على التغلب على الخوف المرضى.

والعلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج. وهذه تشمل وسائل مثل إزالة الحساسية بطريقة منظمة (systematic desensitization) والإغراق (Flooding) والتدريب على الاسترخاء (relaxation training)، وإعادة التنظيم المعرفي (cognitive restructuring)، والمواجهة في الواقع (exposure in vivo)، ومنع الاستجابة (response prevention). وفي كل هذه الوسائل كثير من العناصر المشتركة وإن كانت تبدو مختلفة. فهي تقوم على أساس الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية. وطرائق العلاج إنما تحاول أن تعكس العملية، فهي بالتالي وسائل تمحو التعلم-أو لعلها تعيد تعلم استجابات تكون أقرب إلى الاستجابات السوية-فهي طرائق لمحو التعلم الشرطي.

والأدلة الحديثة تشير إلى أن في هذه الطرائق عنصرا فعالا مشتركا حين يتعلق الأمر بالتغلب الفعال على المخاوف المرضية: ألا وهو مواجهة الفوبيا أو الخوف المرضي في الحياة الواقعية. أي أنه كلما ازداد الموقف المستخدم في العلاج قربا من مواقف الحياة الواقعية، وكلما ازدادت حدة التعريض أو شدة المواجهة، وكلما طالت مدة المواجهة في كل مرة، وكلما تكررت المواجهة، وكلما نجحنا في أن نمنع المريض من أن يعمد إلى ما اعتاد عليه من الاستجابة بالهرب أو التجنب، وقع هذا وجدنا العلاج ينجح في التغلب على الفوبيا بشكل أسرع وأشمل. ولعل أهم العوامل في هذه المتغيرات هو مدة المواجهة.

فالمواجهات المباشرة التي تستغرق أكثر من ساعتين تكون فائدتها أكبر من فترات المواجهة التي تقل عن ساعة. وإذا كانت جميع الكتب المتاحة الآن للقارئ العادي في علاج القلق والمخاوف المرضية تركز على هذا النوع أو ذاك من أنواع العلاج السلوكي فإن جوهر الطريقة واحد فيها جميعا. لكن هذا لا يعني أن في استطاعتنا الاستغناء عن الزيادات الأخرى في الطرائق المختلفة، وإنما يعني فقط أن المبدأ الأساسي في العلاج السلوكي هو مواجهة الفوبيا أو الخوف المرضي في الحياة الحقيقية. ولو أننا التزمنا بهذا المبدأ

التزاما صحيحا لجاءت النتائج مرضية في أغلب الأحوال.

إزالة الحساسية بطريقة منظمة (Systematic Desensitization)

منهج إزالة الحساسية بطريقة منظمة كان أول أنواع العلاج السلوكي الهامة. فلو أن إنسانا كانت لديه فوبيا أو مخاوف مرضية من القطط فإن إزالة الحساسية طريقة منظمة تجعله يمر خلال المراحل أو الخطوات المرتبة التالية: سوف يتدرب أولا على الاسترخاء العميق للعضلات. وأغلب المرضى المصابين بالقلق يعجزون عن أداء هذا بطريقة فعالة في البداية، ويكونون في حاجة إلى ساعات عديدة من التدريب حتى يتمكنوا من إخضاع عضلاتهم للاسترخاء العميق. عند ما يريدون.

وسوف يطلب منه-وهو في هذه الحالة من الاسترخاء العميق-أن يستحضر صورة بصرية حية لقطة تبعد عنه نحو مائة متر وذلك لفترة تبالغ خمس عشرة ثانية تقريبا. ثم عليه أن يفكر عندئذ في شيء سار يدعو إلى الاسترخاء. ثم يطلب منه مرة أخرى أن يفكر في المشهد نفسه لمدة تتراوح ما بين 10 و15 ثانية، وأن ينتقل بفكره بعد ذلك إلى شيء سار ويسترخي بعمق.

وسوف يتكرر هذا النمط مرة بعد مرة إلى أن يتمكن من تصور القطة على بعد، دون أي قلق. ثم يتكرر الأمر والقطة على بعد 90 مترا، فثمانين مترا فسبعين مترا، وهلم جرا. وينبغي له أن يستشعر الراحة في كل مرحلة من قبل أن تزداد القطة اقترابا.

وأخيرا يكون عليه أن يتصور القطة في حجره من غير أن يشعر بالقلق - بل يكون في حالة من الاسترخاء العضلي العميق - ثم يؤتى بعد ذلك بقطة حقيقية تكون أول الأمر في قفص وتوضع على مسافة بعيدة منه. ثم نقرب القطة منه بالتدريج البطيء وعلى امتداد عدة جلسات، إلى أن يصل به الأمر في النهاية إلى تحمل بقائها في حجره دون قلق. وهنالك يتم شفاؤه من الفوبيا أو الخوف المرضى.

إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات. وتكون المواجهة أولا في الخيال ثم في الواقع فيما بعد. أي أنها عملية منطقية لطيفة ومنظمة. ولكنها بطيئة، ولأنها

تتطلب خبيرا مدربا على استخدامها نجدها مكلفة أو غالية الثمن. وقد كانت-حين استحدثت في عام 1958- تقدما كبيرا بالنسبة لغيرها من الطرائق الأخرى.

الإغراق (Flooding)

أصبحت الطريقة المسماة بالإغراق شائعة فيما بعد. وفيها يتم الاستغناء عن التدريب على الاسترخاء. فالشخص يطالب بسرعة أن يتصور القطة وقد اعتلته أو ركبته، ولعلها تخمشه وكأنها تتفرس في عينيه وقد انتشر شعرها أو فراؤها فوق جسمه كله. ثم يتكرر التخيل المبالغ فيه فترات طويلة حتى يتكيف معها الشخص في النهاية، ولا تعود القطة مثيرة للخوف البالغ منها فيما يبدو. أي أن الشخص في واقع الأمر، إنما يتعلم ذهنيا كيف يواجه أسوأ مشاهد القطة. ويتعامل معها. وبعد ذلك تصبح القطة الحقيقية أهون في تناولها.

إعادة التنظيم المعرفي (Cognitive Restructuring)

كانت إعادة التنظيم المعرفي مزاوجة بين بعض الآراء السيكولوجية السابقة بعد أن تم تعديلها بحيث تتفق مع نظريات التعلم أو التعلم الشرطي. فقد لوحظ أن المرضى بالفوبيا أو بالمخاوف المرضية يشتغلون كثيرا بالتفكير السلبي في المصائب. فمن أمثلة الأفكار المتتابعة الشائعة: «لن أتمكن من القيام بذلك»، «أعرف أني إذا خرجت فلا بد من مصادفة قطة»، «سوف تهاجمني القطة»، «سوف أعجز عن مواجهة القلق»، «أعرف أنني سوف أهلع». والهدف من إعادة التنظيم المعرفي هو تعديل هذه الأنماط من التفكير، وإحلال الأفكار الإيجابية المتفائلة مكانها.

العلاج بالتعريض أو بالمواجهة (Exposure Treatment)

على الرغم من أن أنواع العلاج التي وصفناها حتى الآن قد ساعدت بدرجات متباينة مختلف المرضى، فقد لاحظ بعض الباحثين أن أعظم التحسن في التغلب على الفوبيا أو الخوف المرضى إنما يحدث بعد مواجهته في الحياة الواقعية أو التعرض له. وعلى ذلك استغنوا عن البدء بالزيادة

التدريجية مع التدريب على الاسترخاء والتفكير بالتخيل في المخاوف كما تجاهلوا التفكير السلبي. بل الواقع أنهم قد تخلوا عن كل كلام عنها أو تفكير فيها. وأصبح شعار العلاج بالتعريض أو بالمواجهة: التصرف الفعلي، التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه. وكانت النتيجة أن مخاوف مرضية كثيرة من النوع الذي كان يستغرق شهورا للتغلب عليه أصبحت الآن تقهر وتتم السيطرة عليها في بضع ساعات قلائل.

فالتعريض أو المواجهة هو العلاج المختار لإنسان مصاب بنوع واحد من الفوبيا أو الخوف المرضي ولا تصيبه النوبات غير المتوقعة أبدا. لكن العيب الوحيد هو أن المرضى في بعض الحالات قد يبرح بهم الخوف فيقعد بهم عن التعاون في استخدام هذه الطريقة في أمثال هذه الحالات لا بد من استخدام التدرج البطيء المتأني. وقد يساعد التدريب على الاسترخاء في زيادة الدافعية واكتساب الشعور بالسيطرة على الذات وبالهدوء في خضم الخطر.

وفي أمثال هذه الحالات قد تؤدي إزالة الحساسية في عقولهم بالتدريج نحو القطة إلى تعبيد الطريق أمام التعاون القادم في الواقع، أي العودة إلى استخدام منهج إزالة الحساسية المنظمة القديم. أما بالنسبة للشجاع صاحب الدافعية القوية، فإن المواجهة المباشرة في الحياة الواقعية هي أسرع سبيل للقضاء على الخوف المرضى أو انطفائه.

وأما إذا دعا الأمر إلى علاج مرض القلق الذي يشتمل على عدة أنواع من الفوبيا أو المخاوف المرضية على نوبات غير متوقعة، فإن العلاج السلوكي لا ينجح وحده في التغلب على المرض أو مضاعفاته من المخاوف المرضية إلا في قلة من الحالات فقط. إن العلاج بالأدوية ليس ضروريا دائما، ولكن النتائج الطيبة السريعة قد لا تدوم مع ذلك في الغالب إلا فترة قصيرة ثم تخيب الآمال حين نجد النوبات غير المتوقعة قد عادت. إن العلاج السلوكي قد يساعد بعض الناس على العودة إلى السوق أو النفق الذي كانوا يتحاشونه أو يتجنبونه، ولكنهم يظلون مع ذلك يخشون وقوع نوبة أخرى. فإذا عادت النوبات غير المتوقعة بشدة كبيرة أو بتكرار ملحوظ انقلب المريض عادة وبسرعة إلى سلوك التجنب.

ولو أننا حاولنا الحصول على النتائج باستخدام العلاج السلوكي وحده في مرض القلق لجاز أن تكون العملية بطيئة إلى حد مؤلم. بل إن العلاج السلوكي-حتى عند نجاحه-إنما يؤثر بصفة رئيسة على المخاوف المرضية. وهي مجرد قطاع واحد من المشكلة، أو هي في الواقع إحدى مضاعفات المرض الأصلي. وحتى لو كان العلاج السلوكي فعالا تماما في الفوبيا أو المخاوف المرضية، فقد يكون من الضلال أن ندعى أننا حين تناولنا مضاعفات المرض نكون قد نجحنا حقا في علاج المرض ذاته. إن مرضى داء البول السكري كثيرا ما يصابون بالأمراض المعدية كإحدى مضاعفات مرضهم بداء البول السكري، ونحن نستخدم المضادات الحيوية antibiotics في علاج هذه المضاعفات المعدية علاجا فعالا. ولكن لا أحد يدعى أن المضادات الحيوية علاج فعال لمرض البول السكري. والأمر كذلك بالنسبة لأنواع العلاج السلوكي من ناحية وأنواع الفوبيا أو المخاوف المرضية التي تكون من مضاعفات مرض القلق من ناحية أخرى.

فلو أننا وفقنا في السيطرة على الأساس الأيضي للمرض عن طريق استخدام دواء فعال لوجدنا أن العلاج بالتعريض أو المواجهة على اختلاف أنواعه يصبح له فاعليته السريعة في التعامل مع المضاعفات الفوبية أو مضاعفات المخاوف المرضية. أي أن أنواع العلاج بالمواجهة والتعريض إذا هي استخدمت بعد الدواء يصبح لها من التأثير ما لا يتوفر لها إذا هي استخدمت بمفردها.

وأول عمل بعد الدواء الفعال هو أن نحدد ونقيس شدة الفوبيا أو المخاوف المرضية التي تحتاج إلى هذا العلاج الخاص. ومقياس المخاوف المرضية (في شكل 14) قد يفيد في هذا الغرض. ويمكن أن تحل محله قائمة بالمخاوف المرضية الرئيسة التي تحتاج إلى علاج. ويعطى كل خوف مرضى درجة في المقياس من صفر إلى عشرة في البداية، ثم يتناولها العلاج بانتظام واحدة فواحدة ويكون الهدف من العلاج هو أن تنخفض الدرجات إلى الصفر. وكثيرا ما يكون من المفيد أن يساعد المريض فرد آخر، واحد من أفراد العائلة المقربين. وأفضلهم جميعا من يكون متخصصا في العلاج السلوكي، مدربا على الاستخدام الصحيح لهذه الوسائل.

ولنفرض أنك تخشى المصعد. فأنت في حاجة إلى بضع ساعات. فتبحث

أولا عن مصعد يمكن أن تستفيد بضع ساعات من استعماله في تنفيذ العلاج. وقد تجلس خارج المصعد تراقب الآخرين يدخلونه ويخرجون منه. ثم تركب المصعد دورا واحدا مع إنسان تثق به حين لا يكون المصعد شديد الازدحام، ثم تركبه ثلاثة أدوار، ثم أربعة. فأنت في كل مرة تمضى في الشوط إلى نقطة أبعد. ثم تكرر نجاحك مرة بعد مرة ولو أنك شعرت بالقلق لكان عليك ألا تسمح لنفسك بالهرب بل عليك أن تصمد وتثابر. ولن يتفاقم القلق أو ينفجر في صورة هلع طالما كانت جرعتك من الدواء محددة بالكمية المناسبة.

والنتيجة أننا سنمنع القلق من الارتفاع فوق درجة معينة. أما إذا شعرت بالقلق يتزايد وبدأت تفكر «ماذا يحدث لو أصابتني نوبة هلع؟» ورغبت في الهرب فلا تفعل. وإنما قف مكانك! واسترخ ودع الأمر ينقضي. إنها لن تزيد عن حد معين. ثم ستجدها تتلاشى. وسوف تجد نفسك واقفا في المصعد بعد أن ذهب القلق وانقضى. وسوف تدهش لأنك بدأت تشعر بالراحة.

ثم تظل الآن في المصعد إلى أن تحس بالراحة تماما قبل الخروج. تكرر هذا، وتصعد إلى أدوار أعلى ثم تبدأ تفعل ذلك وحدك فتصعد دورا واحدا في كل مرة، ثم تصعد أكثر من ذلك كلما زادت ثقتك. وقبل أن ينقضي زمن طويل سوف تتبين أن الأمر أيسر وأهون بكثير، وتدرك عندئذ إنك قد ملكت السيطرة في آخر الأمر، وأن النصر بين يديك. ثم تمضي خلال العملية نفسها مع كل نوع من أنواع الفوبيا أو الخوف المرضي. ويزيد في مساعدتك أن تهيئ لنفسك شيئا من الإثابة بعد كل نجاح تصيبه.

فإذا وجدت أن نوبات بسيطة تلقائية من الهلع تحدث، أو أن القلق الفوبي ينفجر ويتحول إلى، نوبة كبيرة أثناء اتباع هذا العلاج كان معنى هذا ببساطة أن جرعة الدواء التي تتعاطاها لم يتم تحديدها بصورة كافية، أو أنها منخفضة جدا. وقد أدهشني مدى السرعة والسهولة التي يتغلب بها كثير من المرضى على مخاوفهم المرضية بشيء قليل من الكفاح بهذه الطريقة ماداموا قد عقدوا العزم على ذلك وتحددت جرعة دوائهم بطريقة صحيحة، حتى وإن كانت قد أعجزتهم مخاوفهم المرضية سنوات وسنوات. والتغلب على المخاوف المرضية القليلة الأولى يحتاج إلى الشجاعة القصوى. ولكن

الثقة تتزايد مع كل هزيمة لواحد من أنواع الفوبيا أو المخاوف، و إذا الأمر قد أصبح أيسر وأيسر.

وعلى ذلك كن شجاعا، واحتمل المخاطرة واثبت في مكانك، ودع أي مشاعر كريهة تمضي وكن صابرا، وثابر قبل كل شيء. فليس هناك في واقع الأمر سبب يمنعك من التغلب على مخاوفك المرضية أو ما لديك من الفوبيا.

21 الهدف الثالث: الضغوط

Target 3: Stresses

كانت تامي Tammy في الثامنة عشرة من عمرها فقط. وكانت تعالج العلاج الصحيح بالأدوية المناسبة لنوباتها من الهلع التلقائي، وكانت تتلقى العلاج السلوكي لمخاوفها المرضية. ولكنها لم تكن تتحسن. وبدا أنها تسوء من بعض النواحي حين كانت تتحسن. وكان الأمر كله محيرا. وبدا كأن شيئا يشدها إلى الوراء فيما يبدو.

وراجع الطبيب الخطوات التي اتخذها. كان يظن أنه اختار الدواء الصحيح، ودلته خبرته على أنه قد نظم الجرعة بصورة صحيحة. وكانت نوباتها التلقائية قد توقفت فأخذ يحول اهتمامه وعنايته إلى علاج مخاوفها المرضية بالمواجهة والتعريض. لكن مريضته بدت تصبح أقل استقرارا وأكثر اضطرابا وهي تمضي في طريق العلاج المعتاد. ولم يتفق الأمر مع النمط المعتاد من الاستجابة. فلا بد من أن هناك شيئا كان يغذي القلق وينفخ في لهيب المرض.

كانت تامي تنكر-خلال جلسات التقدير الأولية-

أنها تواجه أي ضغوط واضحة في الحياة أو صراعات يمكن أن تفسر بقاء أعراضها بعد أن توقفت النوبات التلقائية. وقالت إن الأمور جميعا ستكون على ما يرام لو أنها استطاعت فقط أن تتخلص من الأعراض.

وقرر الطبيب أن يطلب مساعدة تامي في حل اللغز فسألها عما إذا كان قد ظهر شيء بصورة أوضح لم يكن كذلك حين كانت حالتها تتحسن. وهل تفكر في أي شيء يمكن أن يشدها إلى الوراء. وعند ذلك انفجرت في البكاء. واعترت الطبيب دهشة قليلة مما في استجابتها من شدة ومفاجأة. لقد كان يستفسر في رقة ولطف غير واثق من أنه سيواجه باكتشاف شيء.

والذي كشفت عنه تامي عندئذ كان خوفها من أنها إذا هي تحسنت فسوف يموت جدها. وكانت تعرف أن تفكيرها هذا يبدو خرافة وحمقا، ولكنها كانت في الواقع تخشى من أن شفاءها سيتم على حساب وفاته.

ثم انجلى اللغز في نصف الساعة التالية. كانت تامي أول أحفاد جدها، وكانت الأثيرة عنده، وكانت بينهما دائما علاقة خاصة وثيقة. كانت تشبهه في ملامحها، وكان كل واحد من الناس يعلق على مدى الشبه الكبير بينهما. وفي أوائل العقد الثاني من عمرها أصبحت نوبات تامي من الهلع والأعراض معروفة تماما للعائلة، حدثها جدها عن نوباته هو من القلق. فقد عاش مصابا بها منذ كان شابا، وقد تغيرت حياته نتيجة ذلك. كما أخبرها أنه نقل إليها هذه الجينات أو الناسلات[5] (genes). وذكر في مزاح أن الأمر يبدو كأن جزءا منه سيظل يعيش فيها. وقد أدى ذلك إلى ما يشبه الزهو عند تامي بحالتها، نظرا لإعجابها به. ولكن جدها كان يشعر بالتأثم من ذلك. وأراد تعويضها عن العيب الذي ألحقه بها.

وخلال العامين الأخيرين أصابه هبوط في الكليتين، كما كان في الشهرين الماضيين مقيما في دار لكبار السن مصابا بفشل كلوي. وأنبأ الطبيب العائلة أنه لن يعمر طويلا. وخشى والدا تامي من السماح لها بزيارته خشية أن يزعجها ذلك ويؤدي إلى نكستها، ولكنها كانت شديدة الرغبة في رؤيته مرة أخرى، وتقبيله قبلة الوداع. وكان الأمر مسالمة أخيرة معه. ولم تكن تريد أن تتخلى عن الطريقة الغريبة التي يعيش بها في أعماقها فكانت تود استبقاءها حية مثله. وكانت تعرف أنه إذا مات فسوف يموت شيء في داخلها قليل أيضا. وسوف يكون من الأيسر عندئذ أن تدع الحالة تتلاشى

كذلك. وكانت ترغب في أن تتذكره على صورة حاميها الذي لا يهاب شيئا أبدا والباسم الكريم دائما. ولم تكن صورته على هيئة الرجل القلق التي تنظر بها إليه، إذ كان في مقدورها أن تدع هذا الجانب يموت بموت جدها ولكن ليس قبل ذلك.

واستمع إليها الطبيب في هدوء وانتباه. وفرحت تامي بأنه لم يقاطعها، بل الواقع أدهشتها استجابة الاحترام التي بدت عليه. فقد تلقى الأمر كله على ظاهره دون حكم عليه، كما نظرت إليه. ولما فرغت أخبرها بصراحة أنه تأثر بقصتها، واقترح أن يتحدث مع والديها وأن يقنعهما بأن زيارتها لجدها مرة أو مرتين قبل وفاته وهو مازال متنبها واعيا ستؤدى إلى مساعدتها أكثر من إيذائها. كما وافق أيضا على عدم الضغط عليها في سبيل أن تحقق المزيد من التحسن في أعراضها إلى أن ينجلي موقف جدها. ولأنه كان يعلم أنها لا تود أن تحتفظ بصورة جدها على هيئة الرجل القلق الخائف فقد رأى أنها ستكون بعد وفاته مستعدة لاتخاذ الخطوات النهائية نحو الشفاء.

وتم اتخاذ الترتيبات اللازمة، وزارت تامي جدها مرتين. ثم مات بعد ذلك بخمسة أسابيع. ويعد انقضاء عدة أسابيع على موته أحست بمزيد من الهدوء والسكينة وبأنها مهيأة للتقدم والمضي في حياتها. وكان جدها قد أخبرها-أثناء محادثتهما الأخيرة معا-أنه يرجو لها حياة خالية من الخوف. وهي فكرة أخذت تسترجعها الآن في ذهنها وتجد فيها التسرية والسلوى. لقد ظل جدها حتى النهاية قادرا على إدراك ما بذهنها وقراءة أفكارها

واستخدام العلاج النفسي (psychotherapy) في مساعدة المرض على تناول ضغوط البيئة أو التعامل معها يتضمن ثلاث خطوات هامة. وهذه الخطوات الثلاث: هي الاستماع أولا، ثم توضيح المشكلة، وأخيرا تدعيم أي تغييرات لازمة لحل المشكلة.

الاستماع (Listening)

مرض القلق موضوع محدد يمكن بحثه. ولكن كل مصاب به تكون له فرديته ونوعه الخاص من المرض. ولذلك وجب أن نستمع إلى المريض يتحدث عن همومه الخاصة وأن نعيها. ولهذا علاقة بالنتيجة في كثير من

الأحيان، كما في حالة تامي. إن المرضى يستجيبون أحسن استجابة لأولئك الذين يستمعون إليهم في احترام، ويقبلون ما يقولون على ظاهره دون إنكاره أو تنظيره أو الحكم عليه أحكاما متعجلة غير ناضجة. إن الاستماع في صبر دون إصدار الحكم أمر عسير ولكنه هام، وهو الأساس في التأييد الفعال أو المساندة المجدية.

ومن الواجب أن نثق بأن خبرة المريض وأعراضه أمور واقعة حقا، وبأن لكل مريض عالمه الخاص به. أي أنه ينبغي ألا نرفض الأعراض بوصفها «أمورا في ذهن المريض». وإنما حقيقة الأمر أن الأعراض أمور موجودة قائمة بالفعل وجودا ماديا في جسم المريض.

توضيح المشكلة (Clarifying The Problem)

وفي غضون الاستماع إلى المريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح. وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الاستعداد البيولوجي للمريض. أو قد تكون هناك ضغوط حالية تزيد من شدة المرض. وقد تعقد هذه الضغوط الشفاء وتؤخره أيضا، بل وقد تحرم المريض من فرصته في إحراز أفضل تحسن ممكن. وتحتاج أمثال هذه الضغوط أو المشكلات أو الصراعات إلى أن يتم تحديدها بدقة. فإذا تم تحديدها وجب العمل على توضيحها.

ويستدعي هذا مراجعتها من كل الزوايا أو الجوانب الممكنة. وكلما فحصنا طبقة منها وكشفنا عنها صارت الطبقة التالية أوضح للعيان. وتتم عادة-أثناء العملية-مراجعة تفصيلية للحلول المختلفة الممكنة للمشاكل، كما تبحث المزايا والعيوب في الحلول المختلفة بطريقة منظمة حتى يمكن رؤية الأمور بجلاء. وتكون العملية مرة أخرى-كما في الاستماع-عملية توضيح دون إصدار لأحكام عملية يصحبها التعاطف والاحترام.

وتتكرر-أثناء عملية الاستماع والتوضيح هذه-مشكلات معينة تكرارا يثير الدهشة. إذ يشعر المريض أن المشكلة كلها تعود إلى خطئه، وأنه الملوم فيما جره على نفسه. والغالب أن يزيد من الشعور بالذنب عنده أناس يحترمهم، ولكنهم يسيئون فهم المرض. وينبغي عليهم وعلى المريض أن يعرفا أن المريض غير ملوم، وأنه لا يستطيع أن يدفع المرض عن نفسه بإرادته. وإنما

يجب أن ننظر إلى المرض-كما ننظر إلى غيره من الأمراض الأخرى-أنه شيء يقع الإنسان فريسة له.

وتشمل المضاعفات السيكولوجية الشائعة مخاوف المريض من أنه سيتعرض للانهيار العصبي، أو فقدان السيطرة على نفسه، أو أنه على وشك الجنون. وكثيرا ما يخشى المرض مصارحة أطبائهم ببعض أعراضهم، مثل مشاعر استغراب الواقع، حتى لا يظن أنهم مصابون بالأمراض ألذهانية. والحق أن الناس المصابين بهذا المرض لا يصيبهم الجنون، ولا يجب أن يعدوا أنفسهم على حال من الضعف أو العجز أو النقص تزيد عن حالهم عند إصابتهم بأحد الأمراض الأخرى. وفي الإمكان كذلك علاج الغالبية الكبرى منهم في العيادات الخارجية دون الحاجة إلى إدخالهم في المستشفى

تأييد التغييرات (Supporting Changes)

وبعد أن يتم اتضاح المشكلات تصبح الحلول-بصورة تلقائية-أكثر جلاء ووضوحا. ويستدعى أفضل الحلول عادة إجراء تغييرات في أسلوب الحياة أو علاقاتها أو اتجاهاتها. ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط إلى يتعرض لها نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختيار أفضل الحلول في الميزان بالنسبة له. لكن الأمر غالبا ما يحتاج إلى شخص آخر يثق به كي يناقشها معه. والمريض يتطلب أن يكون هذا الشخص فاهما واقعيا وأن يقول لا عند اتباع الحلول غير المناسبة.

وأفضل إنسان يلعب هذا الدور هو الذي يكون-من جانب-صوت العقل والواقع، ثم يكون-من جانب آخر-حساسا لظروف المريض الفريدة. ومثل هذا الإنسان يدرك أن ليست هناك حلول مثالية، وأن ليست هناك قواعد موضوعية مفروضة تكون أنسب الحلول لكل الناس. وإنما هناك لكل فرد حلوله الطيبة التي تلائمه هو.

كما أن المريض هو الذي يجب أن يتخذ قرار الاختيار الأخير. فإذا اتخذه فقد وجب احترامه وتأييده. فالمريض يشعر في حالته الراهنة بأنه ضعيف مهدد قلق، لكنه مع ذلك أشد خوفا من أن التغيير قد يجر عليه مشاكل أخرى. وهو يحتاج-بناء على ذلك-إلى التأييد والتشجيع على عمل التغييرات اللازمة، والى أن يعيره المعين أو المساعد قوة من عنده إلى أن

يستطيع المريض أن يستعيد ثقته بنفسه. وعندئذ تكون العملية بالنسبة للمعين أو المساعد عملية الاستماع والتوضيح وتقديم التأييد. وتكون العملية الموازية-بالنسبة للمريض-هي تحديد المشكلة ومراجعة الحلول الممكنة، وإجراء التغييرات اللازمة في النهاية.

والحق أن الأدوية والعلاج السلوكي وحدهما لا يكفيان في بعض الأحيان، فقد تظل الصراعات الشخصية الداخلية والصراعات النفسية الاجتماعية بعد العلاج بالأدوية والعلاج السلوكي، لتؤخر الشفاء التام بل لتزيد الحالة تفاقما. وبعد انقضاء هاتين الخطوتين الأوليين، قد تقع هذه المشكلات في بؤرة الوضوح والجلاء، أي أنه بعد أن يتم التغلب على النوبات التلقائية والمخاوف المرضية نجد المريض وقد تمكن من رؤية المشكلات رؤية أكثر وضوحا. كما يتاح للمريض عند هذه المرحلة أيضا مزيد من الطاقة النفسية المتحررة التي تمكنه من أن يتناول المشاكل. على أنه لا ينبغي أن نغفل أهمية التعاطف والرعاية والإنسانية إلى جانب التطور المعقد في العلاج بالأدوية والعلاج السلوكي وسائر الطرائق الفنية في التشخيص. فلا يزال بعض الناس في حاجة إلى من يتحدثون إليه.

22 الهدف الرابع: الرعاية على المدى الطويل

Target4:Long-term Management

الهدف في علاج مرض القلق على المدى الطويل هو منع ازدياد حدة المرض أو مضاعفاته أو الإقلال من ذلك بصورة فعالة. أما المكاسب التي تم تحقيقها في علاج الأسباب البيولوجية والمخاوف المرضية والضغوط فينبغي الاحتفاظ بها واستبقاؤها. وكلما أحسن المريض فهم حالته وأفضل علاج لها، أصبحت النتيجة على المدى الطويل أفضل. كما أن أحسن وسيلة لتحقيق هذا الهدف هي تزويد كل من المريض والعائلة بالمعلومات المناسبة. وعندئذ يمكن أن يكونوا أفضل الحلفاء للطبيب في الإقلال من فرصة الانتكاس، ومن مضاعفات العلاج بالأدوية. فإن المعرفة هي زاد الثقة عند المريض على طريق الشفاء.

إذا لم تقع أي نوبات تلقائية أو نوبات أعراض وتتكرر تكرارا ملحوظا خلال فترة تمتد من ستة شهور إلى سنة. وجب التفكير في الإقلاع عن

استخدام الدواء بصورة تدريجية بطيئة. وقد يشعر المرضى أحيانا باستعدادهم لمحاولة الاستغناء عن الدواء في وقت مبكر جدا، بينما يرغب الآخرون في الاستمرار على الدواء حتى بعد أن تتحسسن حالتهم بعام كامل: ذلك أنهم يخشون النكسة ويحسون بالراحة مع استخدام الدواء. ولعل ثقتهم في أنهم يستطيعون الحياة بدون دواء لم تبلغ درجة كافية من القوة. إن من الأفضل عادة الالتفات إلى هذه الإشارات. فالمرضى يعرفون في أغلب الأحيان متى يصلون إلى درجة الاستعداد. وللطبيعة طاقتها الخاصة، واحترام ما يمتاز به كل فرد من توقيت ومعدل سرعة خاص به يمكن أن يفرق بين النجاح والفشل.

ومن الأفضل قبل إيقاف الدواء أن نعمد إلى تخفيض الجرعات ببطء على مدى شهرين أو ثلاثة إلى أن نصل إلى التوقف عن الدواء. ذلك أن التوقف المفاجئ قد يؤدي إلى بعض أعراض الانسحاب من الدواء، بل إنه قد يستثير انتكاسة للحالة نفسها. أما الانسحاب البطيء فإنه أدعى إلى قلة الاختلال. ثم إنه ليس هناك أي مكسب كبير في إيقاف الدواء سريعا. ومن مزايا الانسحاب البطيء أن النكسة لو عاودت المريض-عند تخفيض الجرعة-فهي تكون في العادة أخف وأسرع تصحيحا.

وليست النكسات غير شائعة بعد إيقاف الدواء. فقد يصاب نصف المرضى على الأقل بنكسة من نوبات الأعراض التلقائية، أو القلق في غضون عامين من التوقف عن استخدام الدواء، وإن كان من العسير في الغالب أن نتنبأ مقدما بالمرضى المعرضين لذلك.

ومن الأمور المحيرة الشائعة التي يواجهها الناس-الذين يعالجون بالدواء-صراعهم الذي يخبرونه حول الاستقلال عن الدواء. ذلك أن كثيرا من المرضى يشعرون أن عليهم الاعتماد على أنفسهم بغير دواء. فهم لا يرضون عن احتياجهم إلى قرص دواء من أجل السيطرة على مشاعرهم وبسبب عجزهم عن ذلك بأنفسهم. أي أن هذه المشاعر تعكس حاجة شائعة لدى بعض الناس لمنافسة الدواء في السيطرة على المرض. إن من الأمور المستحبة الواضحة أن يتخلص الإنسان من الدواء إن استطاع أداء وظائفه جيدا دون دواء. هذا من جانب، لكننا نجد المرضى-مع ذلك-يصرون في أحيان كثيرة جدا على الاستمرار في ممارسة هذه اللعبة حتى وان كان من الواضح جدا

أن حالتهم آخذة ماضية في التدهور.

ويزيد المشكلة في بعض الأحيان أفراد العائلة من أصحاب النفوذ الذين يميلون بطبيعة تفكيرهم إلى معارضة تناول الدواء. وهناك أسباب عديدة لهذا الأمر: أحدها أن الناس مازالوا ينظرون إلى المخ والجهاز العصبي بطريقة مختلفة عن نظرتهم إلى بقية أعضاء الجسم، فبينما يكون مقبولا علاج أمراض الجسم بالدواء، فإن أمراض الجهاز العصبي تبدو مختلفة. وكأن الناس يعتقدون أن المخ ينبغي أن تكون له بعض الطاقة الفريدة أو القدرة على شفاء نفسه. لقد كان الناس-إلى زمن غير بعيد جدا-ينفرون من تناول أي دواء مثل المضاد الحيوي (Antibiotic) في العدوى الشديدة، وكان من غير الحكمة في اعتبارهم أن نتدخل في أمور الطبيعة. ولا يزال هذا المنطق ساريا في بعض الدول المتخلفة. وقد تخلينا عن هذه النظرة بمرور الزمن لأسباب عملية، وإن كان ذلك لم يتحقق إلا منذ زمن قريب جدا.

ومهما يكن من شيء فإن الجهاز العصبي هو آخر عضو في الجسم ينفذ إليه علم الطب بالدراسة الجادة. وقد زاد في بطء التقبل الاجتماعي للأدوية-حتى النافعة منها في التأثير على أمراض الجهاز العصبي-ما كان من الاضطرابات الاجتماعية والسياسية في الستينات والسبعينات، وما صاحبها من إدمان للعقاقير. أما الأجيال القادمة فستكون لها دون شك نظرة أكثر نضجا وأكثر واقعية إلى الموضوع. إلا أن النظرة الواقعية القصوى-في الوقت نفسه-هي أن ينظر المريض إلى الدواء بطريقة مشابهة جدا لنظرة مريض البول السكري إلى الأنسولين الذي يتعاطاه: فهو يعرف أنه لازم للسيطرة على مرضه، حتى وإن كان يتمنى ألا تضطره الأحوال لاستخدامه. وهو يعرف كيف يستخدمه بصورة صحيحة، ويألف آثاره الجانبية. وهو-فوق كل شيء-يتناول الأمر بطريقة عملية، على أنه أمر واقع، دون أن ينزعج لغير ضرورة بسبب حاجته إلى الاعتماد عليه. وكلما اتجه المرضى نحو هذه النظرة مع تقدم الزمن أصبحوا أكثر كفاءة في التغلب على قلقهم المزمن.

لكن النكسات أمر غير مستبعد، ولذلك أصبحت كيفية تناولها هي أهم موضوع وحيد على المدى الطويل. وأفضل طريقة هي التدخل المبكر. ونقول بصفة عامة إنه كلما عالجنا سورة النكسة بسرعة كانت السيطرة عمليا

أنجع، وقلت الفرصة في حدوث المضاعفات أو المخاوف الفوبية في المستقبل. أما إذا أصيب المريض بسورة النكسة فإن الأعراض تعود إلى الظهور وتظل تتقدم مرة أخرى خلال المراحل السابق وصفها في هذا الكتاب من قبل. ولو أننا أردنا أن نتجنب ظهور الفوبيا أو المخاوف المرضية، لوجب علينا في العادة أن نسيطر على الأعراض في النوبات التلقائية في غضون الأسبوعين الأولين أو الثلاثة من عودة الأعراض. ونحن حين نعالجها بالدواء مبكرا جدا بهذه الطريقة فقد لا يلاحظ أي إنسان تغييرا كبيرا على المرض، إذ يستطيع الاستمرار في عمله ووظائفه بصورة عادية دون أن يكتسب من جديد أي قصور أو عجز بسبب المخاوف المرضية.

من أجل ذلك كان الاكتشاف المبكر للنكسة أمرا هاما جدا بصورة واضحة، وأصبح على كل مريض أن يتعلم تمييز الأمور إلى تستثير المنكسات وتزيدها، وبعضها شائع واضح يشترك فيه أغلب المرضى وخصوصا مواقف الضغط الكبير مثل وفاة أحد الأحبة. ولكن الأمور التي تزيد النكسات ليست كلها نفسية على الإطلاق. فإن من هذه الأمور إصابة الفرد بالمرض الجسمي من أنواع عديدة (حتى العدوى الفيروسية) والتخدير، والجراحة، والولادة، وتدخين الحشيش (Marijuana).

وعلى الرغم من أن الخمر قد تهدئ أعراض القلق بضع ساعات إلا أن كثيرا من المرضى يقررون عودة أعراضهم إلى السورة والاشتعال بعد عدة ساعات من شرب الخمر وإن كانت، بكميات متواضعة. ثم إن شرب القهوة والمشروبات التي تحتوي على الكافيين (Caffeine) قد تزيد الأعراض سوءا بينما تزيد الأعراض فجأة لدى آخرين عند ممارستهم الرياضة البدنية التي لم يتعودوها من قبل كالجري والتمرينات، والمحتمل أن يعود الأمر إلى زيادة مستوى اللبنات (Lactate) في دمائهم. كذلك يقرر كثير من النساء زيادة في تكرار نوبات الهلع وشدتها أثناء الفترة السابقة على نزول الطمث في دورة الحيض. وفي العادة تكون هذه آخر النوبات التي تنقضي مع العلاج، وأول النوبات التي تعود إلى الظهور عند الانتكاس. على أن بعض الأمور التي تعجل في الانتكاس، هي عوامل فردية جدا. فقد لاحظ كثير من المرضى-مع مرور الزمن-أنماطا من الأشياء التي يحتمل أن تستثير الأعراض عندهم. ولو أنهم عرفوا هذه الأمور مقدما لأعانهم هذا على

اتخاذ الخطوات التي تمكنهم من إلغاء تأثيرها، بل ومن تجنبها تماما.

وقد يبدأ أحد أنماط النكسة بألوان من الصداع الذي يظل قائما مستمرا وتزداد مقاومته للدواء العادي. ثم قد تظهر حالات مزاجية من الاكتئاب بغير سبب وجيه في الغالب بحيث لا تتناسب مع واقع الموقف. ثم يتلو ذلك- في غضون أسبوعين أو ثلاثة-بداية النوبات المنعزلة المتفرقة.ثم تحدث هذه النوبات أخيرا في مجموعات مع الهلع أو القلق بحيث تؤدي في النهاية إلى أنواع أكثر وأكثر من الفوبيا أو المخاوف المرضية.

ولقد وجدنا أن المرضى الذين أصابتهم نكسات عديدة على مدار السنين يتعلمون التعرف السريع على كل نكسة بوصفها نكسة حقيقية، كما أنهم يقبلون التدخل المبكر بالدواء. وكثيرا ما يكفي الدواء وحده في علاج النكسات. ذلك أن الانتكاسات قليلا ما تتطلب العلاج السلوكي بسبب أن المرضى لا يكونون قد تعلموا بعد أنواعا جديدة من الفوبيا.

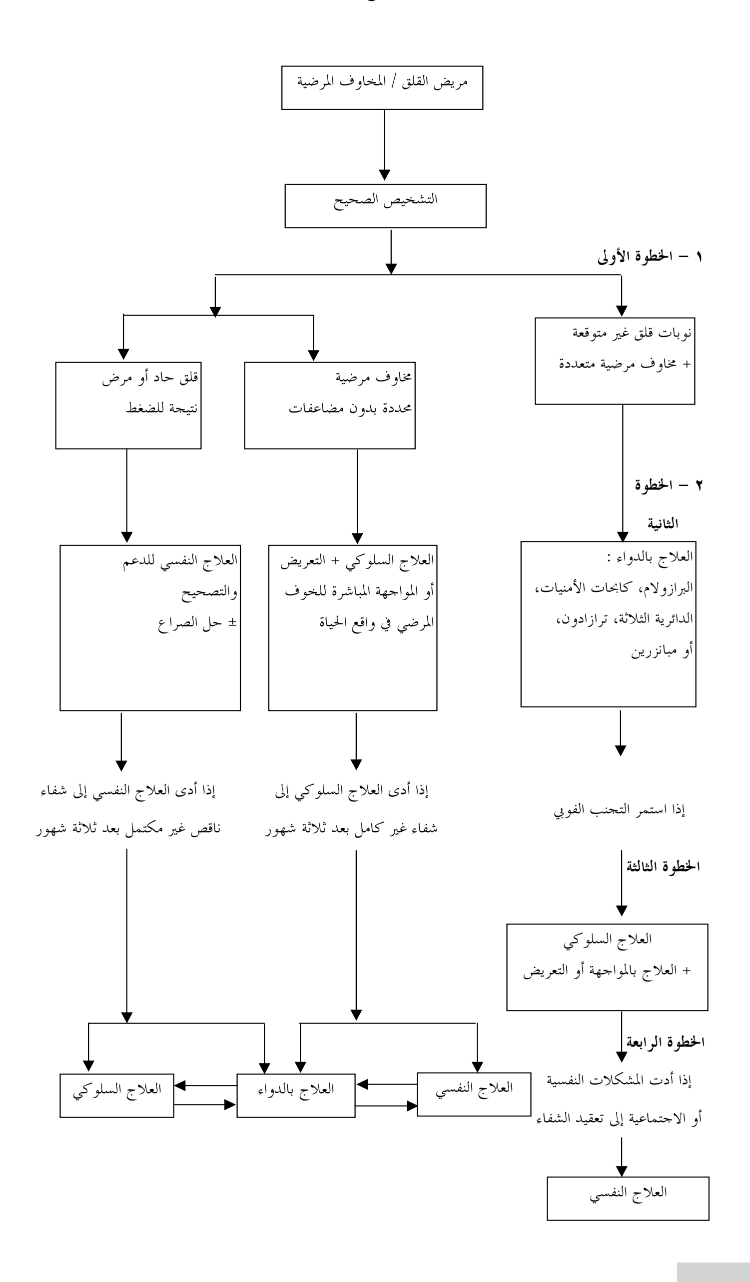
أما الخطوة الأولى فهي الوصول إلى التشخيص الصحيح. والمسألة المركزية هي هنا أن نقرر ما إذا كان القلق من النوع داخلي المنشأ أم أنه استجابة سوية للضغط. أما في مرض القلق فإن هناك بصفة عامة نوبات غير متوقعة من الأعراض أو نوبات هلع ومخاوف مرضية عديدة. وأما القلق خارجي المنشأ فهو قلق الرجل السوي: إذ يجيء كاستجابة لبعض الضغوط أو المثيرات الواضحة المباشرة. فالرجل الذي هو أب لستة أطفال والذي يوشك أن يفقد عمله بعد عشر سنين من الخدمة لا بد له من أن يقلق. بل إن الناس الأسوياء يمكن أن نكسبهم بالتعلم الشرطي أو بالتدريب نوعا واحدا من الفوبيا أو الخوف المرضي كالخوف من الثعابين أو الطائرات أو التحدث إلى الجماهير. ولكنك لا تجد في هذا النوع من القلق الخارجي مخاوف مرضية أخرى تصاحبه أو نوبات تلقائية.

أما الخطوات التالية من الخطوة الثانية إلى الخامسة فهي تبين أن إستراتيجية العلاج مختلفة في هذين النوعين من القلق كما نحددها فيما يلي:

الخطوة الثانية: المهمة الأولى في علاج مرض القلق هي السيطرة على الأساس الأيضي للاضطراب باستخدام دواء من عدة أدوية ممكنة. أما بالنسبة للفوبيا خارجية المنشأ فإن العلاج السلوكي مع التأكيد على العلاج

الشكل رقم (١٩)

خطوات العلاج في اضطرابات القلق



بالتعريض، أو المواجهة المباشرة في واقع الحياة هو الخطوة الأولى من العلاج، كما أن الأمر قد يحتاج إلى نوع ما من أنواع العلاج النفسي وذلك لتمييز قلق الضغط الحاد أو المزمن وكيف ينبغي أن نتناوله.

الخطوة الثالثة: أما المهمة الثانية في العلاج فهي غير لازمة أحيانا في مرض القلق. فإذا لم تكن هناك مخاوف مرضية، أو كنا قد تمكنا من السيطرة عليها جميعا بسرعة بعد استعمال العقاقير أو الدواء، صارت هذه الخطوة غير لازمة. وأما إذا ظلت بعض المخاوف المرضية بعد أن تمت السيطرة على النوبات التلقائية كنا عندئذ في حاجة إلى العلاج السلوكي، وخصوصا علاج المواجهة مع واقع الحياة. وأما بالنسبة للقلق خارجي المنشأ أو الفوبيا خارجية المنشأ فإن الأمر قد يستدعي العلاج النفسي أو العلاج السلوكي-أيهما الذي لم يسبق استخدامه-في الخطوة الأولى للعلاج.

الخطوة الرابعة: والعلاج النفسي-الذي هو المهمة الثالثة في العلاج-كثيرا ما يكون غير لازم. وهو إنما يلزم فقط لأولئك الذين يشعرون بمشكلات اجتماعية نفسية أو بالضغوط أو الصراعات التي يجب أن يبحثوها لأنها تعطل الشفاء التام. أما في حالة الفوبيا أو القلق خارجي المنشأ فإن الأمر قد يدعو إلى استخدام واحد من الأدوية الفعالة ضد مرض القلق إذا فشلت كل الوسائل الأخرى.

الخطوة الخامسة: وتتعلق هذه بالرعاية على المدى الطويل، وتتطلب متابعة التقدم والآثار الجانبية للدواء، والمضاعفات، وهي تستدعي استبقاء التحسن المستمر في مواجهة الأهداف الثلاثة الأولى للعلاج.

23 العائلة The Family

حياة الأسرة كلها تتأثر تأثرا شديدا حين يصاب أحد أفرادها بمرض القلق، كما أن دعم الأسرة للمريض قد يلعب دورا خطيرا. في الشفاء على المدى الطويل.

كانت السيدة جالو (Gallo) تحضر إلى عيادة الطبيب مع العديد من أفراد عائلتها. لقد كانت تشعر بمزيد من الاطمئنان معهم، ولكنها كانت تحس كذلك بالخزي من حاجتها إلى تلك الصحبة، ومن اعتمادها الكبير عليهم. وأصبحت عيادة الدكتور دي فير (De Vere) مزدحمة تماما، فقد صحبها زوجها مع الطفلين الكبيرين، كما حضرت أختها وأمها، وأخت زوجها. وكان أبوها قد رفض الحضور، إذ قال إن الذهاب إلى الطبيب بمشكلة كهذه لهو اعتراف بالضعف، الضعف العقلي على وجه الخصوص، إنه تسليم بعجز الأسرة عن تدبير المشكلة التي تدعو إلى الخزي، إن عليها أن تبدي مزيدا من الشجاعة، وأن تمارس قدرا أكبر من قوة الإرادة.

وقد بدأت أم السيدة جالو بلوم نفسها على المشكلة كلها. كانت تشعر بالذنب من كل الأخطاء التي ارتكبتها بوصفها أما. لقد كانت تعلم أنها لم

تتمكن من تربية ابنتها بصورة صحيحة. كانت تريدها أن تصبح بنتا مؤدبة مطيعة كاثوليكية تخشى الله. ورأت من الواضح أن المختصين النفسيين في كتبهم الجديدة عن تربية الأطفال لا يوافقون على ما فعلته من أمور عديدة. وذكرت أنه لو أتيحت لها الفرصة لتبدأ من جديد لقامت بالعمل بطريقة مختلفة.

وتناول السيد جالو هذا الموضوع وزعم أنه يستحق اللوم أيضا بصفة جزئية لأنه لم يكن الزوج الطيب المثالي على الدوام. فقد كان يهرب إلى شرب الخمر أحيانا-نتيجة ضغط العمل، والسعي في طلب الرزق لكل أفراد العائلة، وأداء كثير من الأعمال المنزلية-مما أدى إلى المزيد من ضيق زوجته وانزعاجها. ولكن احتمال مثل هذه المشكلة أثنى عشر عاما زمن طويل يشق عليه وتشتد وطأته أيضا. وقد كان زملاؤه في العمل يسخرون منه ويتندرون عليه لقيامه بشراء الأغذية ونحوها من محلات (البقالة)، ويسألونه إن كانت زوجته تجعله يطبخ الطعام كذلك. ولم يكن يستطيع-نتيجة مخاوف زوجته-أن يصحبها إلى حفل الرقص السنوي الكبير، ولا إلى أي اجتماع عائلي. ولذلك لم تكن لهما أي حياة اجتماعية على الإطلاق. وقد أثر الأمر على الأطفال جميعا أيضا، وأضاف اللذان حضرا إلى العيادة نصيبهما. فقد كان عليهما أن يحملا عبئا إضافيا لم يكلف الأطفال الآخرون بحمله بسبب أن أمهما لم تكن تستطيع أبدا إحضارهما إلى المدرسة أو مقابلة المدرسين أو حتى حضور حفلات التخرج. وبدأت السيدة جالو، عند هذه النقطة، في البكاء وزعمت أنها المخطئة الحقيقية. لقد افتقدت جزءا كبيرا من حياتها العائلية بسبب مشكلتها التي سيطرت عليها وغلبتها على أمرها. لقد رغبت أحيانا في الاستسلام، بعد أن تبين لها أنها مهما بذلت من جهد شاق فلن تتمكن من تناول الأمر. وربما كان من الأفضل لها أن تموت وتترك زوجها ليبحث عن امرأة أخرى تهيئ له حياة أكثر سواء، وتكون لأطفالها أما أفضل. ووجهت الأسرة أسئلة عديدة إلى الطبيب، فقد تساءلوا مثلا عن مدى المساعدة التي يمكن تقديمها للسيدة جالو، وإلى أي حد يمكن أن تكون الضغوط سببا في حالتها، وهل حالتها بمثابة مشكلة عقلية، وهل هي تواجه انهيارا عصبيا يستدعي إدخالها المستشفى.

كانت حياة الأسرة كلها تتعرض للتوتر والاختلال بسبب مرض القلق

هذا. كما أن كل فرد مرتبط بالموضوع كان يستحق التقدير العظيم لاحتماله أعراض المريض، ولأنه أعاد تكييف حياته من جديد حتى تلائم القيود المفروضة عليه.

إن على الأطفال أن يتعلموا عدم الاعتماد على الأبوين، ذلك الاعتماد الذي نراه عند سائر الأطفال. وعلى الرغم من أن الأمر ينتهي بهم إلى النظر إلى مشكلة الوالدين على أنها قيود تفرض على حياتهم، إلا أنهم يتعلمون في نفس الوقت ألا يأخذوا هذه المشكلات على محمل شخصي.

إن آباء الناس المصابين بهذا المرض يشعرون بالإثم وبالذنب ويلومون أنفسهم على عجزهم عن تربية أطفالهم بصورة صحيحة. كما ينبغي على الأزواج أن يتحملوا أعباء إضافية كثيرة: فمن واجبهم أن يلعبوا أحيانا دور الأمهات وأحيانا دور الأباء كي يملئوا الفراغ الذي لا يسده الوالد المريض. فحياتهم مقيدة كذلك.

ولكن الأمر كله شديد الوقع على ضحايا المرض. فهم يلامون على الضعف وهم يحسونه. لكنهم يعرفون مع ذلك أنهم عاجزون عن إبعاد المرض بإرادتهم. وهم يشعرون بالإثم والذنب مما يعجزون عن أدائه. وهم يشعرون بالاكتئاب بسبب الحياة التي يفتقدونها، مدركين أنها تتسرب بعيدا عنهم. وهم يشعرون بضياع الأمل، وبالعجز وقلة الحيلة وبانعدام الجدارة.

ومن المدهش حقا أن قلة من العائلات تنهار تحت وطأة هذا كله، وإنما يرجع الفضل إلى كل فرد لأنهم يحاولون جميعا أن يستنقذوا أحسن ما في الموقف الرديء. ذلك أنه ما من إنسان يستحق اللوم في الحقيقة. وواقع الأمر، ما من أحد ينبغي له أن يشعر بالإثم أو بأنه أخطأ. إن مرض القلق ليس نوعا من الجنون ولا هو مجرد «شيء في عقل المريض فقط». ومن النادر أن يحتاج ضحايا المرض إلى دخول المستشفى، فكثيرون منهم يفلحون في تدبير شؤون حياتهم وهم من نوع المرضى الذين يترددون على العيادة الخارجية.

وقد شرح الدكتور دي فير أن ما أصاب السيدة جالو إنما هو مرض يعرف بمرض القلق وأنه بؤرة دراسة مركزة حديثة جدا. وإذا كنت لا تلوم إنسانا على إصابتها بارتفاع ضغط الدم أو مرض البول السكري، فكذلك لا ينبغي أن نلقي باللوم على السيدة جالو بسبب إصابتها بمرض القلق. فإنها

لا يمكن ببساطة أن تتخلص منه بإرادتها، أكثر مما يمكن التخلص من مرض البول السكري. ثم إن الضغوط والصراعات لا تسبب الحالة وإن كان في الإمكان أن تزيدها سوءا كما تزيد من تفاقم المشكلات في مرض البول السكري.

وقد نصح الطبيب أن يبدأ علاجها بشوط من دواء مضاد للهلع. فإذا بدأ الدواء يظهر تأثيره أو مفعوله، كان على الأسرة كلها أن تساعدها في الخروج مرة أخرى، وأن تشجعها على أداء الأعمال التي كانت تتجنب أداءها، وتساعدها-بوجه عام-على الثبات وزيادة الاعتماد على الذات. وسوف يصبح أداء ذلك أيسر كثيرا بعد أسابيع عديدة من الاستمرار في تعاطي الدواء.

وقال الطبيب إن عليهم جميعا أن يعيدوا التكيف من جوانب أخرى كلما تحسنت السيدة جالو وشعرت بأنها أكثر استقلالا وتوكيدا لذاتها. ولكن التكيف مع هذه الجوانب من التحسن البطيء سوف يكون أيسر على العائلة مما مر بها واحتملته أثناء سير المرض.

وبدا الهم والانشغال على الابنة الكبرى. ولما سألها الطبيب قالت في تحرج إنها لا تريد لأمها أن تعتمد على الأدوية كمدمني المخدرات. وقدر الدكتور دي فير انشغالها كما وافق على أن كثيرا من الأسر تحس بالقلق الأكيد من استخدام أمثال هذه الأدوية، ولكنه أخذ يوضح أن الطب النفسي قد نهض وتطور تطورا عظيما في استخدام طائفة واسعة من العقاقير. وذكر أن كثيرا من الأدوية-في أيامنا هذه-لها تأثيرات نوعية محددة تماما وهي تحدث مفعولها دون أن يبدو أثرها على المريض أو تجعله يبدو مخدرا أو ثملا.

إن قصة عائلة جالو تلخص المخاوف والهموم والصراعات والضغوط التي تخبرها وتعيشها أسر المصابين بمرض القلق. وغالبا ما يستولي على أمثال هذه الأسر الشعور بالخزي والذنب، والحيرة من سوء الفهم، والندم والأسى الشديدين على ما فاتها من فرص. ولكن هناك-مع ذلك-حالات أكثر تجد فيها الأسرة أنها قد ترابطت ترابطا قويا وهي تكافح مجتمعة لمواجه قوة في الطبيعة لا يستطيعون فهمها أو التغلب عليها. إنها قصة من الصبر والجلد والشجاعة المصحوبة بالهدوء تمضي في أحيان كثيرة من غير أن تجد من يرويها.

الباب الخامس
أطوار الشفاء
The Phases of Recovery

24 الطور الأول: الشك

Phase 1 Doubt

كانت ماريا وآدم قد خرجا لتوهما من عيادة الطبيب بعد استشارة طويلة معه. وقد تسبب ما قيل لماريا في أن جعلها تشعر بأنها تمشي في ذهول. كان جانب منها يشعر بالارتياح، وجانب آخر يفيض بالسرور من أن هناك أملا في التحسن. ولكنها خائفة أيضا مما ينتظرها في المستقبل. وكان قلبها يدق بسرعة أكبر. وكانت مكتئبة من أن مشكلتها ظلت فترة طويلة دون علاج، يؤذيها أنها لم تسمع كل ذلك من قبل، وأن حالتها لم تعالج بصورة صحيحة. لكنها كانت مع ذلك سعيدة بأن شيئا سوف يتم في النهاية بحيث تستطيع مرة أخرى أن تعيش حياة سوية.

وأخبرت آدم أن الأمر يبدو كأنها كانت سجينة عدة سنوات في سجن، لا اسم له، لجريمة غير محددة حاولت عبثا التعرف عليها، سجينة مستقبلها غامض، وقد أحاط بها أناس فشلوا في تقدير عجزها. ثم خرج من بين الجمهور ذات يوم رجل أعلن دون تفسير أنه سوف يتم إطلاق سراحها من

السجن، فإنه لم تكن هناك جريمة، وأنها سوف تستمتع بالحرية الكاملة مرة أخرى. فهل كان عجيبا أن سلسلة متتالية من العواطف المتناقضة أخذت تسرح في عقلها؟

وكان قد طلب منها في عيادة الطبيب أن تكمل بعض الاستفتاءات والمقاييس في الساعة السابقة على زيارته. وأدهشها أن تجد كل أعراضها واحدا بعد آخر مسجلة في قائمة على صفحات المقاييس التي كانت تملؤها. من الواضح أن واحدا من الناس قد رأى ارتباطا بطريقة ما بين كل هذه الأعراض المختلفة فيما يبدو والتي تهاجم أجزاء مختلفة من الجسم. ولا بد من أن هناك الكثيرين من الناس الآخرين لديهم نمط مشابه من الأعراض، إذ إن هذه النماذج لم تطبع من أجلها هي فقط.

كذلك أدهشها مدى ما كان يعلمه الطبيب عن حالتها، بل زادت دهشتها حين علمت أن هناك أطباء تخصصوا في علاج هذه الحالة. ودلتها أسئلته وطريقته في وصف الأعراض على أنه متفاهم معها متجاوب يدرك معنى ما تقول. وقد أعفاها استبصاره بحالتها من أن تضطر إلى شرح الكثير مما أساء فهمه الآخرون. كما أن ثقته الهادئة أثناء الزيارة وخلال مناقشة العلاج كانت تدعو إلى اطمئنانها. ورغبت في اتباع تعليماته والموافقة على خطته في العلاج، ولكنها أحست بعجزها واعتمادها عليه في هذه الموافقة. لقد انجذبت إلى الحماية التي كانت تشع من ثقته، كما كانت خائفة من ضعفها أمامها.

ثم امتلأت ماريا، فيما بعد، بالشكوك وحدثت ماريا آدم بأنها لا تدري إن كان في إمكانها أن تصدق كل ما قاله الطبيب. أما كان في استطاعة بعض الأطباء الآخرين من بين الكثيرين الذين زارتهم أن يقترحوا هذا النظام في العلاج في لحظة مبكرة من رحلة المرض؟ وبدت آراؤه على النقيض مما كان أغلب الناس يخبرونها منذ عدة سنوات. لم يكن يظن أن كل هذه الأعراض إنما تجثم في عقلها، ولكنها كانت أحيانا تشك في أن الأمر كذلك، وأنى لها أن تدرك الفرق؟ لعلها لم تخبره بالقصة كلها بصورة صحيحة. فقد نسيت مثلا أن تخبره بالتنميل الذي كانت تحسه في وجهها أحيانا. أو لعله أخطأ وخيل إليه فقط أنه يعرف ما لديها من خلل، أو لعله خلط الأمر بشيء مشابه جدا. فقد عرفت تماما كيف أن حالتها يمكن أن

تشبه أمراضا كثيرة.

لكن آدم مع ذلك أعجبه تمكن الطبيب من فهم المشكلة. واقترح أن يذهبا لشراء الدواء. ولكن ماريا أصيبت بالهلع مرة أخرى بعد أن حصلت عليه. فماذا بعد لو فشل الدواء؟ سوف يكون عليها أن تتحمل كثيرا من الأعراض الجانبية دون أي مقابل. ثم إن هذه الحالة كانت قد ظلت عندها مدة طويلة جدا من ناحية أخرى، ولعلها استشرت إلى حد يمتنع على العلاج الآن. فقد تتأصل الأمور إلى درجة لا يمكن بعدها أن تعود سيرتها الأولى.

واقترح آدم أن تبتلع القرص الأول من الدواء فورا لكنها كانت لا تزال متذبذبة، تحتج قائلة بأنه واجبها أن تزيد قليلا من مراجعة الأمر كله، أو أن تطلب مشورة أخرى. وأصرت على قراءة الإعلان داخل علبة الدواء بعناية، وعلى مراجعة ما قيل عن الدواء في بعض كتبها. ألم يكن جسمها هو الذي يستهلك الدواء في آخر الأمر؟ وقد تؤذيها هذه المادة في الحقيقة. وذكرها آدم بأن الطبيب قد راجع كل تفصيلات الآثار الجانبية في العيادة، وأنه كان شديد الوضوح في بيان أحسن طريقة للتصرف بشأنها. واستمر الموضوع على هذا النحو، فكانا يبدأن ويعيدان في الموضوع بقية اليوم مع فترات استراحة قصيرة.

وحين فكرت ماريا أخيرا في الآثار الجانبية المكتوبة على العلبة زادت مخاوفها. كان هناك شيء ما-في رؤيتها مطبوعة-يدمر شعورها. ولم يصدق آدم ببساطة ما كان يحدث. لقد ظلت سنوات تصرخ في طلب العون والمساعدة، وكانت تقول إنها سوف توافق على أي شيء يخفف عنها ويعيدها إلى حالتها السوية. لكن ها هي الآن وأكثر الحل في كف يدها بالمعنى الحرفي تماما ولكنها عاجزة عن اتخاذ الخطوة الأولى.

وفي الليلة التالية عندما تقابلا لم تكن قد بدأت بعد في تناول الدواء. كانت قد أنفقت النهار كله في المكتبة تقرأ الكتب الطبية، بل لقد تحملت المشقة في مراجعة المؤهلات الدراسية لطبيبها، وفي التشاور مع بعض الأصدقاء الآخرين وقليل من الأطباء بالهاتف. ولم تستطع أن تجد سببا وجيها يمنعها من المضي قدما، ولكنه كان لا يزال لديها الكثير من الأسئلة. هنالك استطاعت ماريا أن تزيد من تفهمها لما يحدث. لقد كانت تخاف

من أن تعاطي الدواء يعد تسليما بالضعف من جانبها، واعترافا بعجزها عن التغلب على الخوف في عقلها بنفسها-وقد أدى هذا إلى شعورها بشيء من الخزي والذنب-لكنه كان من دواعي الخوف أيضا أن تفكر في أن هناك مرضا لا يمكن التغلب عليه عقليا، مرضا يمكن أن يبعث فيك الخوف تبعا لإرادتك.

ثم إن تناول الدواء نوع من الاعتراف بالهزيمة النفسية على نحو ما، وخشيت أن شيطان الرعب قد يستغل هذا التسليم فيتعاظم. ثم إنه إذا فشل الدواء فسوف يقضى عليها في الواقع عند ذلك، كما كانت تخاف من الاستمرار في تناول الدواء فترة طويلة، بل لقد كانت على نحو ما خائفة حتى من التحسن. فقد مضى عليها زمن طويل جدا منذ أن كانت تشعر أنها من الأسوياء. ولم تكن تعرف هل تستطيع الحياة بصورة سوية مرة أخرى. لقد نشأت وهي تخشى أي شيء مختلف أو غير مألوف، والآن أصبحت الحياة العادية تبدو شيئا بالغ الغرابة، بينما أصبحت حياة الهلع شيئا أقرب إلى المألوف.

وعادت ماريا إلى زيارة طبيبها ومعها أسئلتها جميعا. وكانت تخشى من أن طبيبها لن يسعد بشكوكها ومخاوفها، ولكنه بدا راضيا عند النظر في هذه الشكوك والمخاوف في منهجية منظمة وصبر بالغ. شجعها على أن تكتب قائمة بكل أسئلتها بين الزيارات وإحضار القائمة إليه حتى يستطيع أن يجيب عليها من أجلها. كما أعطاها مراجعة للآثار الجانبية لتسجل فيها بانتظام ما تشعر به بين الزيارات حتى يتمكنا من مراجعتها بإتقان. وقد أخبرها أن كثيرا من المرضى بهذا المرض يخافون الدواء وبداية العلاج، وأن مثل هذه الشكوك والتأجيلات جزء من العملية. وعليك فقط أن تتقبليها وتصبري عليها، ولكن عليك أيضا أن تثابري على التغلب عليها.

لقد كانت تشعر بأن لديه مثابرة رائعة. لم يكن لديه خوف من مرض الخوف ذاك. بل الواقع أنها أدركت أنه يستمتع بالنضال حقا. وأخيرا طلبت ماريا مجاملة أخيرة: إنها سوف تبدأ في تناول الدواء صباح اليوم التالي سمح لها بالمجيء إلى عيادته وتناول القرص الأول في غرفة الانتظار بعيادته، ثم تبقى هناك بضع ساعات كي تتأكد من أنها بخير. وأيقنت أن مطلبها نوع أحمق، ولكنها كانت تعلم أن ذلك سوف يجعل الأمر أهون عليها.

وخفف عنها أن تعلم أنه لا مانع لديه من تناول الحبة بالعيادة، وأن هناك مريضة أخرى سوف تأتي للغرض ذاته. ووافق الطبيب على تعارفهما حتى تمرا بالتجربة معا، وحتى يراقبهما معا بين حين وآخر. فلم تكن وحيدة!

وبدأ علاج ماريا بدواء إمبيرامين (imipramine). وقد أزعجتها الآثار الجانبية إلى حد غير قليل حقا في البداية، لكنها بدأت تعد تلك الآثار بمثابة أصدقاء يرشدونها إلى الجرعة الفعالة الصحيحة، وقل نظرها للآثار بوصفها مجموعة من السفاحين الخطرين. وازدادت مع الزمن معرفة بالتمييز بين آثار الدواء الجانبية الحقيقية وبين أعراض حالتها. وعلمت أن عليها ألا تتوقع أي مكاسب حقيقية قبل انقضاء ثلاثة أسابيع على الأقل من استمرارها في تناول الجريمة العلاجية.

وقد شعرت فعلا بنوبات قوية من الشك خلال تلك الأسابيع. فربما كان الأمر كله خطأ.. أو لعلها لن تتحسن.. وقد يؤذيها في الحقيقة واحد أواخر من الآثار الجانبية. لقد كانت الأسابيع الثلاثة الأولى طريقا مليئا بالعثرات، فكانت تعد الأيام. وفي صباح اليوم الحادي والعشرين استيقظت وهي تتوقع أن هذا هو اليوم الذي يظهر فيه الدواء مفعوله، ولكن لم يظهر لها شيء من الاختلاف. كانت لا تزال تشعر بالقلق، وكان لا يزال يصيبها قليل من النوبات الحادة. وأحست عند الغداء بنوبة الاختناق والدوخة. وأحست بصعوبة في التنفس، وأسرع قلبها، وشعرت بنفسها تزداد هستيرية. فاتصلت هاتفيا بآدم في العمل و قالت له: إنها سوف توقف الدواء فلم يكن له أثر أو مفعول، وإنما كان يسبب لها الكثير من المشقة.

وعند المساء كان آدم قد هدأ من روعها، طمأنها بقوله إن الطبيب لم يعد بالنتائج، بعد واحد وعشرين يوما بالضبط. لكنها مع ذلك كانت لا تزال بائسة. وتقاذفها المرض بين فترات من الهستيريا ولحظات من الاستبصار الهادئ بالأمر كله. وبدا لها الأمر كأنها تدفع إلى الجنون إن يسمح لها بمراقبة نفسها في الوقت ذاته. ولكنها أيقنت الآن أن شكوكها كانت وسيلة لتناول الخوف من مواجهة شيء جديد غير مألوف. وعزمت على أن تتحلى بالشجاعة. إنها لن تستسلم أبدا.

25 الطور الثاني: السيطرة

Phase 2: Mastery

وفي الصباح التالي رقدت ماريا في السرير عند الفجر في تلك الحالة الحالمة بين النوم واليقظة. وظلت تتقلب بينهما في سلام. واستمعت إلى الطيور تغرد خارج نافذتها واندمجت في بهجة الأصوات. وبعد قليل خرج صوت المذياع المنبه كما يفعل كل صباح، وصدحت الموسيقى من المحطة المحلية للموسيقى الكلاسيكية. واستلقت هناك وهي تستمع إلى أداء الكونشيرتو الثاني (للبيانو) من موسيقا شوبان (Chopin). قالت في نفسها: ياله من أداء رائع. ولم تستطع أن تذكر أنها استمعت إلى أداء أفضل من ذلك. لقد كان بالتأكيد شيئا أخاذا.

ثم أخذتها سنة من النوم جديدة لتستيقظ فيما بعد على رنين الهاتف. وكان ذلك آدم يدعوها إلى العشاء في صحبته مع بعض الأزواج الآخرين في العمل. ووافقت دون تردد.

وبينما كانت تعد طعام الإفطار، أخذت تدندن بإحدى أغنياتها المفضلة. ثم فجأة انكشف لها مرة

واحدة أنها كانت تحس اليوم باختلاف أمرها حقا فلم تكن تخبر أي قلق عند استيقاظها. ولاحت الأشياء أدعى إلى البهجة-الطيور المغردة والموسيقى الكلاسيكية، وشوبان الذي حكمت عليه بالروعة كان هو نفسه شوبان الموجود في مجموعتها الموسيقية-بل إنها كانت تدندن كذلك.

وانقشعت تلك السحابة القاتمة من اليأس التي كانت تظلها زمنا طويلا. وبدا كل شيء في هذا اليوم أكثر غنى وثراء إلى حد قليل. ثم أدركت أنها وافقت دون تردد على الخروج لتناول الطعام مع جمع من الناس في مطعم غريب وأنها أنسيت الموضوع بسرعة. لو كان ذلك حدث منذ أسبوعين لكانت الفكرة كفيلة بأن تصيبها بالهلع ولما وافقت عليها أبدا. لقد كانت فكرة مخيفة. فقد كانت تضطر إلى الخروج في هلع في المرات العديدة الماضية التي حاولتها على كل حال. وكلما زاد تأملها في هذا كله جعلت تتساءل إن كان الأولى بها أن تقوم بالاتصال بآدم والاعتذار عن الأمر. لكنها على الرغم من حذرها الآن إلا أنها كانت تحس أنها في حالة طيبة جدا بحيث قررت المخاطرة والذهاب. لقد كان أخبرها الطبيب أن الدواء حين يستقر تأثيره، فسوف يمتنع على القلق أن يزيد في ارتفاعه عن مستوى معين مقبول. فهو لن يتزايد انفجاره كما كان يفعل في السابق عادة. وفي هذه المرحلة تكون العودة إلى المواقف التي كانت تتجنبها فيما مضى عونا لها على التغلب على مخاوفها، وأصبحت أقرب إلى الفضول تريد أن ترى ما سوف يحدث.

وحينما جاء آدم ليصحبها، كانت ماريا قد بدأت تفكر أن يومها قد انقضى وهي في هذه الحالة الطيبة. ترى هل يمكن لذلك أن يدوم؟ كانت في خشية قليلا وهي في طريقها إلى المطعم. وشعرت بذلك النوع من القلق القديم. ترى ماذا يحدث لو..؟ ترى ماذا يحدث لو أصابتها نوبة هناك؟ هل يؤدي ذلك إلى رجوعها القهقري؟ ولكن هذه الخشية لم تكن بالقوة المعتادة.

كان آدم في مزاج إيجابي رائع وسرعان ما جعلت تتحدث عن أمور أخرى. وكان الجمع يفيض بالحيوية على العشاء، ووجدت ماريا نفسها مندمجة حقا في متعة المساء، تستمتع بالصحبة بطريقة لم تعهدها منذ سنين. ودهش أدم كثيرا طوال الأمسية من حالتها المزاجية اللطيفة، حتى كاد يخشى التعليق عليها. ولم يفته أن يرى وجهها أقل إجهادا من المألوف،

وأن يرى عضلات وجهها أكثر استرخاء. وقد أخبرته ماريا مؤخرا في ذلك المساء أنها لا تزال عاجزة عن تصديق أنها اجتازت بقية الأمسية دون وخزة من إحدى النوبات، وأسندت رأسها إلى كتفه وعانقته في لطف فترة طويلة. لقد بدأت الحياة ترجع إليها من جديد.

ثم تعاونت ماريا مع آدم في الأسابيع التالية على التغلب على مخاوفها المرضية. جعل يسافر في أول الأمر محطة واحدة معها في مترو الأنفاق، ثم محطتين، ثم ثلاثا. وعندئذ جعل يطلب إليها أن تسبقه بمقدار مرحلة في القطار لتنتظره بالمحطة إلى أن يلحق بها في القطار التالي. واستطاعت مع التكرار أن تذهب وحدها مسافة أبعد فأبعد، وقل شعورها بالخوف والمشقة. ثم فعلا تكرر الأمر نفسه بالنسبة للمصاعد وقيادة السيارة في الطرق السريعة. وفي الأسواق التجارية الكبيرة حاولت قليلا في البداية أن تذهب معه، ثم جعلت تنفق وقتا أطول فأطول هناك دون أن تعرف مكانه في السوق. وقد أحست في مرات قليلة بسريان قلق التوقع، ولكنها كانت تشعر باحتباس هذا السريان جسميا في مكان ما بين صدرها وبطنها بالمعنى الحرفي لكلمة الاحتباس. وقد كان إدراكها أن القلق الآن يمتنع عليه أن يتزايد حتى يفلت من السيطرة أمرا يزيد في ثقتها بنفسها ويدعوها إلى تكرار المحاولة. فكانت الثقة تزيد في الثقة. وكانت في الحقيقة تسيطر على مشكلتها على كل مستوى.

26 الطور الثالث: الإستقلال

Phase 3: independence

بدت ماريا رائعة، وكانت تزيد في اهتمامها بنفسها، وتشعر بأنها أكثر جاذبية. وكانت-مع كل أسبوع يمضي-تزداد سعادة وثقة وتصبح أقل خوفا. وقد عادت إلى حياتها فورة الحيوية والتألق. وأخذت تشعر أنها أصبحت أقوى وأكثر كفاءة في تعاملها مع الآخرين، لقد أصبحت تواجه الأمور الآن بطريقة مختلفة.

وزاد تقديرها للحياة ورغبتها في أن تعيشها بصورة أقوى، وشغلت نفسها بأنشطة ومسؤوليات جديدة. وصارت عواطفها ومشاعرها أكثر قوة، وكأن إنسانا قد ضخم من شدة هذه العواطف والمشاعر. لن تكون بعد الآن مطية لأي إنسان ولن تصبر على احتمال الضغط من أحد. ولم تعد تخاف أصحاب السلطان، وأصبحت مشاعرها نحو آدم أقوى، ولكنها أحست بانجذاب نحو الآخرين من الرجال أيضا، وزاد تفكيرها في التعرف إليهم.

والحق أن ماريا لم تتوقف كثيرا للتأمل. فقد كانت تشعر كالسجين الذي أطلق سراحه توا من

حكم عليه بالسجن الطويل، كانت أمامها بداية جديدة. وكانت تريد أن تستدرك كل شيء فاتها الاستمتاع به، وأن تلحق بكل شيء. وأثارها التطلع إلى المستقبل، وأحست بالابتهاج الغامر من التحسن في حالتها.

أما آدم فكانت استجابته أقل ابتهاجا، وكانت مشاعره أكثر اختلاطا إلى حد ما. كان مسرورا من شفائها. ولكنها كانت تسلك سلوكا مختلفا قليلا. إذ كانت أشد عدوانية وتوكيدا لذاتها معه ومع الآخرين حين يختلفون معها. وقد أدى هذا إلى بعض الصراعات المحرجة لها في العمل، ومع بعض أصدقائها القدامى.

وأصبحت أكثر حظا من السيطرة والقوة واقتضاء الطلبات. فإن نبهها أحد إلى هذا كانت تتهمه بأنه يفضل أن تكون ضعيفة سلبية خائفة مريضة مرة أخرى. وأعلنت أن ذلك أصبح أمرا مرفوضا فإنها الآن أكثر استقلالا.

ولكن كانت هناك نزعة متطرفة في هذا الكفاح نحو الحرية والاستقلال. فقد كان آدم منشغلا بكثرة ما تقوم به ماريا من أعمال: كانت تعيد تجميل الشقة، وتشتري المزيد من الملابس، كما اشترت سيارة جديدة، وكانت تريد الخروج في كل ليلة. وأصبحت أقل كبحا لعواطفها، وأقل خجلا، لقد كان هناك شيء أكيد من البرود وقلة الحساسية نحو الآخرين في سلوكها بل إنها بدت أحيانا وكأنها تغازل بعض أصدقائه مما أثار شعوره بالغيرة. ومع ذلك كانت حياتهما معا من جوانب أخرى أسعد وأكثر امتلاء من حياتهما السابقة على أي صورة. وكان يرغب-على الرغم من ذلك-في أن ينقص قليلا ابتهاجها الزائد واستقلالها الحاد، وأن تتدبر عواقب سلوكها نحو الآخرين في بعض الأحيان. فكان أمره أشبه بالأب الذي يرعى ولده مراهقا متحمسا: مراهقا يثير الإعجاب والإشفاق معا. ولم يكن أمام المرء إلا أن يتأتى للأمر وألا يدعه يفلت من يده.

27 الطور الرابع: إعادة التكيف

Phase 4: Re-adjustment

إن كل شيء يبدو ممكنا في البداية في هذه القصة الخيالية للتحرر من رق المرض. فتشعر المريضة كأن صلواتها ودعاءها قد استجيب لها. لكننا نجد مع مرور الزمن أن التعقيدات العملية للحياة اليومية العادية قد بدأت تفرض نفسها مرة أخرى على حلم التحرر والاستقلال. فتنشأ المشاكل غير المتوقعة، وتتطلب إجابات جديدة. ويتعين على المريض أن يحدث أنواعا من التوافق الجديد غير المتوقع وهو يعيد الدخول في التيار العام للحياة.

فقد كانت ماريا في أوج استقلالها، تبدو لها الحلول واضحة، والإمكانات بغير حدود، حين تطلبت بعض الوقائع الأخرى منها أن تقوم ببعض عمليات التوافق.

وقررت ماريا في لحظة من لحظات النشوة أن تقيم حفل ميلاد مفاجئا لآدم. ولأنها كانت قد ظلت على تعاطي الدواء بضعة شهور وتغلبت على مخاوفها المرضية فقد أحست بالقدرة على الأمر. وكانت تعرف-إلى جانب ذلك-أن آدم سيقدر لها

ذلك الصنيع تقديرا كبيرا. وكان الحفل عظيم النجاح، وابتهجت ماريا لقدرتها على الاختلاط الاجتماعي بكثير جدا من الناس مرة أخرى، وشعرت بالفخر لاعتمادها على نفسها في تنظيم الحفل.

ولكن آدم تعرض في تلك الليلة لحادث سيارة أثناء رجوعه إلى البيت، واتصلت عائلته بها لتخبرها بأن حالته حرجة. وعندما وصلت إلى المستشفى كان الأمر أسوأ مما توقعت. فقد كان آدم في غيبوبة، ولديه كسر في الرجل، وإصابات في الرأس. وكان موضوعا في جهاز التنفس الصناعي حتى يظل يتنفس، وكانت علامة الحياة الوحيدة هي النقرة البسيطة التي تظهر مدببة في هدوء مع كل دقة قلب على جهاز متابعة القلب البعيد. وكانت عائلته منزعجة للغاية فكانوا جميعا يبكون، وقد غلب التأثر على ماريا نفسها، ولكنها وجدت أن مواجهتها للأمر أفضل مما وجدته عند الآخرين.

وفي الأيام الثلاثة التالية قضت ماريا أقصى زمن مستطاع إلى جوار سرير آدم. كما أضافت إلى ذلك مساعدة عائلته ومساندتها وبث الأمل فيها. ولأنها كانت مزدحمة بالكثير من الأعباء فقد أدركت ماريا أنها تخلت عن بعض جرعاتها المنظمة من الدواء.

ثم وقع ما لا بد منه: فقد أصابتها نوبة هلع هناك في المستشفى نفسه، وبدأ قلبها يسرع بغير ضابط، وأحست بالدوخة واقتراب الإغماء، وخشيت أن تفقد الوعي، خشيت أن تنزلق إلى غيبوبة، لقد كان الأمر مخيفا جدا. وتكاثر عليها التفكير أيضا في سلوكها في الشهور القليلة الماضية، لقد كانت في غمرة ابتهاجها الزائد من تماثلها للشفاء لا تتوقف، لمراعاة مشاعر الآخرين كثيرا جدا، إنها لم تكن مجاملة كما ينبغي. ولم تكن تتوقف للتأمل. لقد أصبحت الحياة بعيدة عن الواقع قليلا بحيث أوشكت أن تنسى مدى أهمية آدم بالنسبة لها. لقد كانت هذه حقائق ينبغي لها مراعاتها.

وبينما كانت ماريا في اليوم الرابع جالسة بمفردها إلى جوار سرير آدم تائهة في فكرها أحست بيد تعتصر يدها. وكانت يد آدم، فنظرت عن كثب فإذا هو يفيق من الغيبوبة. وبدأ آدم يتماثل للشفاء تدريجيا. وكان لا بد من انقضاء أسابيع عديدة قبل أن يقدر آدم على السير ولكن من غريب الأمر أن الحادث زاد في تقاربهما. لقد شعرت ماريا بأنها حين تساعد آدم فإنما

ترد إليه كل ما أسداه إليها خلال مرضها. ولأنها وجدته هشا ضعيفا في حاجة إلى مساندتها الآن. أخذ شعورها بالخزي يتناقص لأنها كانت أثناء مرضها السابق شديدة الاعتماد على الآخرين ضعيفة غير قوية. ثم إنها وجدت من الممتع أن يجد المرء أن الآخرين في حاجة إليه وأنهم يقدرونه. وندمت على مدى إزاحتها لآدم أثناء كفاحها في سبيل الاستقلال، كما أدركت أن عليها إيثار الاستقلال مع المسؤولية وتفضيلها على التمرد مع انعدام الحساسية. لقد كانت هي الأخرى تتماثل للشفاء.

إن من الأمور الهامة أن ننظر إلى أطوار الشفاء بوصفها عملية (Process)، وأن نعتبرها جزءا من أسلوب الطبيعة أكثر من حكمنا عليها «بالحسن» أو «القبح». أن الشفاء يصبح أسهل في فهمه والإسراع منه، دون تدخل لا ضرورة له، حين نتقبل سلوك المريض واستجابات العائلة والأصدقاء نحوه باعتبارها مراحل في عملية الشفاء لا أعمالا تنتظر الحكم عليها. كما أن مساعدة المشتركين على التراجع والنظر إلى العملية في هذا الضوء يقلل من احتمال تقييدهم فيها ويشجع الانتقال خلال كل طور من أطواره بصورة أفضل.

إن من الضروري أحيانا أن نحدث التغييرات. وقد يحتاج المريض وأسرته إلى أن يتوافقوا من جديد لهذه التغييرات التي تحدث بوصفها جزءا من التحسن. وقد تدعو الضرورة إلى بعض المتابعة النفسية، فكثيرا ما يصبح المرضى أقل سلبية وأكثر تأكيدا لذواتهم، وينتقلون من شدة الاعتماد إلى زيادة الاستقلال، وقد تحتاج العلاقات أحيانا إلى التعديل كي تساير هذه التغييرات.

فقد يحدث أحيانا أن يجد أولئك الذين بذلوا أقصى المساعدة للمريض أثناء مراحل القصور والعجز مرض القلق أنفسهم الآن أبعد ما يكونون عن المريض، فلم تعد هناك حاجة إليهم أو تقدير لهم. ومن اللازم للمريض الذي يتماثل للشفاء وأن يكون على وعي بهذا وأن يساعد من أيدوه وساندوه من قبل أثناء الانتقال.

ولأن كثيرا مما كان غير ممكن أثناء المرض يصبح الآن ممكنا فإنا نجد المرضى قد بدءوا يتخذون لأنفسهم أهدافا جديدة في حياتهم-كان يستأنفوا حياتهم الدراسية، أو أن يعودوا إلى تحقيق أحلام كانوا يتوقون إلى تحقيقها

من قبل-. وما يلبث معظم المرضى أن يجدوا أنفسهم بحاجة إلى إجراء بعض التغييرات أو التعديلات حتى يمكنهم العودة إلى مجرى الحياة، وهم لذلك مطالبون بأن يراعوا مشاعر الآخرين، وأن يضعوهم موضع الاعتبار وخصوصا أولئك المقربين منهم.

بل إن الأمر قد يتطلب تنبيه المرضى تنبيها عنيفا إلى حقائق الحياة العملية وهم في غمرة الإحساس بالانفكاك من أسر طويل مزمن. ولقد كان للحادثة التي تعرض لها آدم هذا الوقع على ماريا.

لكن كثيرا ما نجد أن في انقضاء الزمن أو مرور الأيام ووقائع الحياة اليومية أمرا يكفي لتنبيه المريض.

لكن المرضى - أثناء انتقالهم في أطوار الشفاء - يظلون في حاجة إلى قدر عظيم من التشجيع والمساندة. وعلى الرغم من أن تحسن المرضى يكون أعظم في الشهور القليلة الأولى من العلاج إلا أن الشفاء مع ذلك يمتد ويضطرد إلى فترة زمنية أطول من ذلك بكثير مع استخدام الدواء. وفي بعض الأحيان قد يمتد الشفاء التام إلى فترة زمنية طويلة طويلة حقا. ثم إن تحسن المرضى يستدعي منحهم الإثابات وكلمات الإطراء. ومن واجب الأسرة والأصدقاء أن يتحلوا بالصبر وأن يتسامحوا أو يتغاضوا عن الأخطاء العادية، وعن عثرات النمو حين يجدون المريض يلتمس لنفسه طريقا آمنا في الحياة.

وكانت ماريا قد سمحت لنفسها أن تتغاضى عن دوائها حين زادت ثقتها في شفائها. وقد أدى هذا-بالإضافة إلى حادث آدم-إلى تنشيط مرضها من جديد. ولذلك يحتاج المرضى إلى أن تكون لهم نظرة واقعية إلى هذا المرض. فعليهم أن يتقبلوا الأمر الواقع وهو أنهم مصابون حقيقة بالمرض، وأنه يستدعي متابعة حريصة على المدى الطويل وعلاجا فعالا إذا هو عاد، وبمجرد أن يعود.

وقد يتلاشى مرض القلق أحيانا ويقوى المريض على الاستمرار دون دواء عدة سنين، ولكن الاستهداف للمرض يظل قائما دائما. فإذا عاد وجب علاجه بسرعة علاجا فعالا، ووجب تعاطي الجرعات بصورة صحيحة لا بكميات غير مناسبة. وبمثل هذه النظرة الواقعية العملية يستطيع المرء أن يعيش مع المرض وأن يحتفظ مع ذلك باتجاه متفائل إيجابي.

المستقبل (The future)

إن المستقبل يدعو إلى الرجاء والأمل. فقد طرأت زيادة في معرفة الباحثين بهذا الاضطراب في السنوات الخمس عشرة الأخيرة أكبر مما حدث في القرن السابق كله، كما زادت سرعة التقدم بجلاء في السنوات القليلة الأخيرة. والآن تتم مراجعة الآراء القديمة، ومازالت وجهة النظر التي تتصور الاضطراب على أنه مرض-لا حالة عقلية أو استجابة للضغوط-تجذب مزيدا من الاهتمام وتكسب مزيدا من التأييد. وإن هذا النموذج يقدم أملا جديدا عند مقارنته بالنماذج القديمة التي تعتمد على فكرة الضغوط والصراعات أو التعلم الشرطي وحدها. كذلك يقترح النموذج طريقة جديدة كاملة للبحث في واحد من أكثر اضطرابات الإنسان شيوعا وأدعاها إلى المعاناة الطويلة. وهو يدعونا إلى دراسة المرض-كما درسنا سائر الأمراض الأخرى-من الناحية العلمية والطبية والكيماوية الحيوية. وهو يزودنا بإطار عام نحقق به التكامل بين هذا النموذج وبين الآراء القديمة التي تستخدم فكرة الضغوط والتعلم الشرطي.

إننا لا نكاد نشك في أن هذا النموذج سوف يساعدنا في المستقبل القريب على كشف الأسرار في مرض القلق بصورة أفضل، وأنه سوف يوصلنا إلى مزيد من الفهم الحسن لأسبابه، كما سيساعدنا على اكتشاف فحوص مختبريه أدق تعيننا على تشخيصه. وفوق كل هذا سوف يرشدنا هذا النموذج إلى أنواع من العلاج أحدث وأدعى للأمان وأسرع وأكثر فاعلية. لقد قطعنا حتى الآن شوطا بعيدا في السيطرة عليه. وليس الباقي سوى مسألة وقت فحسب.

الهوامش

الباب الأول

(1) المخاوف العصابية من المرض: نوع من المرض النفسي يتوهم صاحبه أنه عرضة أو مصاب بكثير من الأمراض التي لا أساس لها من الصحة. (المراجع).
(2) مرض «ألزهايمر» من أمراض الشيخوخة عادة، وفيه تتدهور القوى الفكرية حتى يعجز المريض عن العناية بشؤون حياته اليومية. وما زالت الأبحاث العلمية جارية لمعرفة أسبابه وعلاجه وهي تبشر بالأمل (المترجم).
(3) عمليات الأيض: عمليات كيماوية حيوية تحدث في الجسم دائما، وتتعلق ببناء وهدم الخلايا (لمترجم).

الباب الثاني

(1) تحس بعض السيدات في هذه الفترة بأعراض وعلامات حسية ونفسية كالتوتر وسرعة الاستثارة والصداع والخفقان وآلام في الثديين وتورم الأطراف، ثم تزول هذه الأمور مع نزول دم الحيض. «المترجم»
(2) الأعراض السيكوسوماتية أو الجسمية النفسية هي أعراض جسمية تعود إلى أسباب نفسية. المترجم.
(3) شاعرة أمريكية في القرن التاسع عشر. المترجم
(4) الصمام الميترالي أو صمام الميترال يفصل ين الأذين الأيسر والبطين الأيسر من القلب وهو في الأحوال الطبيعية يمنع رجوع الدم إلى الأنين الأيسر عند انقباض القلب. [المترجم].
(5) مرض عصبي تحدث فيه اضطرابات حسية وحركية وتظهر في نوبات متكررة. (المترجم).
(6) تبدو في صور أعراض وعلامات تشبه المرض الجسمي، ولكنها تقود في الحقيقة إلى سبب نفسي يخفي على المريض، ويحقق له هروبا من مشكلة أو كسبا على نحو ما دون وعي كامل بهذه الأساليب الملتوية. (المترجم).
(7) آثرنا هذه الترجمة عل قولنا المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة كما هو شائع وسيظهر السبب في بقية الفصل. [المترجم]
(8) تعني الكلمة ضعف الأعصاب. المترجم

الباب الثالث

(1) مواد تصنعها أنسجة كثيرة في الجسم من الأحماض الدهنية غير المشبعة والعديد منها ذو نشاط بيولوجي فعال. وهناك دراسات واسعة حول تأثيرها على القلب والجهاز الدوري والتنفسي والهضمي المترجم.
(2) الأيون ذرة أو جزىء يحمل شحنة كهربائية. المترجم.

(3)مواد بروتينية تعجل بالتفاعل الكيماوي وإن كانت لا يعتريها التغير. المترجم.
(4) مواد كيماوية من نوع البروتينيات. [المترجم].
(5) بافلوف عالم روسي شهير في وظائف الأعضاء (1849 - 1936) وخصوصا في الأفعال الشرطية المنعكسة التي أجراها على كلابه. المترجم.
(6) من الأطفال من يتشبث أو يتعلق تعلقا زائدا ببطانيته، ولا يستشعر الأمن إلا وهو يحملها وهي على مقربة منه ومن هنا جاء المصطلح. المراجع

الباب الرابع

(1) ينشأ عن إفراط النشاط في الغدة الدرقية الموجودة في الرقبة ويصحبه زيادة في معدل الأيض وسرعة القلب ونقص الوزن. المترجم
(2) أمراض عقلية تتميز بانفصال المريض عن الواقع، وعدم استبصاره بحالته وإنما يدرك من حوله شذوذه. المترجم
(3) يتميز بوجود الهلاوس والهذاءات وبرود المشاعر والشعور بالاضطهاد وأن الآخرين يغرسون في ذهنه الأفكار ويقرأونها.
(4) تصاحبه فترات من الاكتئاب وأخرى من إفراط النشاط والابتهاج وقلة الالتفات إلى البيئة من حوله.المترجم
(5) الجينات أو الناسلات مواد كيماوية في الخلية تنقل الصفات الوراثية. المترجم

مزيد من المراجع

إن جميع الكتب المثبتة تحتوي على فقرات موسعة يرجع إليها أولئك الراغبون في استكشاف المزيد. والكثير يعرض وجهة نظر واحدة للعلاج. ولا يزكي المؤلف جميع توصياتها بالضرورة. وهي تعكس أفضل ما في ميادين وجهات النظر الواسعة عند الخبراء المعروفين في الساحة، وغالبا ما يختلفون فيما بينهم. ولعل كتاب «مرض القلق» بعين القارئ على وضع الآراء المختلفة في مواضعها المناسبة.

Fann, W. E.; Karacan, I.; Porkony. A. D.; and Williams; R. L. Phenomenology and Treatment of Anxiety. New York: Springer Medical Scientific Books, 1979.

Klein, D. F.; Gittleman, R.; Quitkin, F.; and Rifkin, A. Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adults and Children. Baltimore: Williams Wilkins, 1980. This is a classic in modern psychiatry. Written for psychiatrists, it is a gold mine of information on the range of drug treatments available in modern psychiatry and how to use them correctly. The first Author is a pioneer in medical psychiatry.

___, and Rabkin, J. G., eds. Anxiety: New Research and Changing Concepts. New York: Raven Press, 1981. This is a valuable collection of papers by experts, reflecting the changing concepts on anxiety and anticipating future trends. Written for psychiatrists, it contains the best of the biological viewpoint.

Lader, M. H., and Marks, I. M. Clinical Anxiety. London Heinemann Medical, 1971.

Marks, I. M. Fears and Phobias. New York: Academic Press 1969. This was the principal reference book on the diagnosis-and classification, and the behavioral and psychological treat ments. Of fears and phobias during the 1970s. It was a very influential book that set the stage for much of the subsequent research in this area.

___, Living with Fear. New York: McGraw-Hill, 1978.

___, Cure and Care of the Neuroses: the Theory and Practice of Behavioral Psychotherapy. New York: Wiley, 1981. Living with Fear (above) was written for a lay audience, while this is the more technical version of the same ideas written for experts. Marks has been a pioneer in the behavioral approaches to phobias and his work embodies the best of the behavioral. Views on anxiety and phobia.

Mathews, A. M.: Gelder, M. G.; and Johnton, D. W. Agora, phobia: Nature and Treatment. New York

Guilford Press 1981. A technical overview of behavior therapies for agoraphobia.

Mavisakalian, M.; and Barlow, D. Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment. New York: Guilford Press 1981. An overview of psychological and drug treatments for agoraphobia. The biological and drug treatments are under represented.

Sheehan. D. V. 'Panic Attacks and Phobias'. New England Journal of Medicine 307 (1982): 156-58. This is a brief overview of some basic assumptions about this disorder and how to treat it, using a medical illness model.

___, 'Current Perspectives in the Treatment of Panic and Phobia Disorders'. Drug Therapy (September 1982). A succinct overview of treatment strategies for anxiety and phobic disorders with special reference to the newer psychotropic drugs.

___, and Claycomb, J. B. 'The Use of MAO inhibitors in CIinical Practice'. ln Psychiatric Medicine Update, edited by J. C. Manschreck. Holland: Elsevier, 1984. A cookbook guide on how to use the MAO inhibitors. These are among the most effective drugs for this disorder, although troublesome to use correctly.

Weeks, C. Peace from Nervous Suffering. New York: Hawthorn, Books 1972.

Simple and Effective Treatment of Agoraphobia. New York: Hawthom Books, 1976. This and Peace from Nervous Suffering (above) are clear, simply written books on agoraphobia for a lay audience. The most easily read of all the books Listed, they are reassuring. The treatment sections are some what outdated.

Wender, P. H., and Klein, D. F. Mind, Mood and Medicine New York: Farrar, Straus, Giroux, 1981. This may be the best and most current presentation of the biological and medical orientation to psychiatric disorders for the lay audience. It embodies the best of what modern psychiatry has to offer victims of these diseases.

Wolpe. J. The Practice of Behavior Therapy. New York: Pergamon Press, 1969. One of the first good books on how to do behavior therapy by an early pioneer in those treatments. Much of what is considered novel today in behavior therapies was described or anticipated by Wolpe in the 1950s and 1960s.

المؤلف في سطور:

د. دافيد. ف شيهان

* طبيب عمل مديرا لأبحاث القلق بقسم الطب النفسي في المستشفى العام بولاية ماساتشوستس بالولايات المتحدة الأمريكية.

* عمل أستاذا مساعدا للطب النفسي في كلية الطب بجامعة هارفارد.

* يعد من الخبراء في دراسة مرض القلق وعلاجه، ومن أوائل الباحثين فيه في العصر الحاضر.

* يعمل حاليا مديرا للأبحاث الإكلينيكية وأستاذا للطب النفسي في كلية الطب بجامعة جنوب فلوريدا بمدينة تامبا.

المترجم في سطور:

د. عزت عبد الرحمن شعلان

* من مواليد جمهورية مصر العربية.

* دكتوراه في الصحة العامة.

* جامعة تكساس في أمريكا عام 1986م.

* شغل عدة مناصب في وزارة الصحة بمصر، كما عمل في وزارة الصحة العامة في الكويت من 1962-1981م.

* له عدة ترجمات منها ترجمة كتاب الميكروبات والإنسان التي صدرت في هذه السلسلة، فضلا عن مقالات ومحاضرات في الأدب والثقافة.

* يعمل حاليا أستاذا مساعدا للصحة العامة في كلية الطب بجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد.



طبيعة الحياة

تأليف: فرنسيس كريك

ترجمة: د. أحمد مستجير

مراجعة: د. عبدالحافظ حلمي

المراجع في سطور:

د. أحمد عبد العزيز سلامة

* من مواليد جمهورية مصر العربية (بور سعيد) عام 1925.
* دكتوراه في الفلسفة في علم النفس الإكلينيكي من جامعة الينوي عام 1962.
* عمل بالتدريس في عدة جامعات عربية.
* شارك وأسهم في تنظيم عدد من المؤتمرات العلمية.
* نشر عددا من الأبحاث، وأعد بضعة اختبارات نفسية، وقدم للمكتبة العربية عددا من المؤلفات والتراجم.
* يعمل حاليا بجامعة الكويت-كلية الآداب.